FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 479

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Maurice-Eugène CANONNE

Né le 4 janvier 1900 à Brive (Corrèze)
Interne des Hôpitaux de Paris

LES MYOMES INTESTINAUX LOCALISÉS ET LA MYOMATOSE GÉNÉRALISÉE DU GROS INTESTIN

Président : M. F. LEJARS, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1930

674

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Maurice-Eugène CANONNE

Né le 4 janvier 1900 à Brive (Corrèze)
Interne des Hôpitaux de Paris

LES MYOMES INTESTINAUX LOCALISÉS ET LA MYOMATOSE GÉNÉRALISÉE DU GROS INTESTIN

Président : M. F. LEJARS, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1930

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REFTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.
LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER. . .	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de ma filiale affection et en reconnaissance de tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MON FRÈRE

A MA BELLE SŒUR

A MON NEVEU

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu accepter de présider cette thèse.

A MON MAITRE

Le Docteur CHIFOLIAU

Chirurgien de l'Hôpital St-Louis

Qui a bien voulu m'inspirer ce travail et me prodiguer toujours ses précieux conseils depuis que j'ai eu l'honneur d'être son interne.

En témoignage de ma respectueuse admiration et de ma gratitude pour son enseignement.

A MON MAITRE

Le Docteur LAPOINTE

Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine

Qui n'a cessé de me témoigner son bienveillant intérêt.

Hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1918. — M. le Docteur MICHAUD *(in memoriam)*.
1918-1919. — M. le Docteur SAVARIAUD.
1919-1920. — M. le Docteur PISSAVY.
1920. — M. le Docteur THIERRY.
M. le Professeur VILLARET.

Externat

1920-1921. — M. le Professeur RATHERY.
1921-1922. — M. le Docteur BAZY.
M. le Professeur agrégé BASSET.
1922-1923. — M. le Professeur agrégé AUBERTIN.
1923-1924. — M. le Docteur ARROU.
M. le Professeur agrégé METZGER.
1924-1925. — M. le Professeur GILBERT *(in memoriam)*.
1925-1926. — M. le Professeur JEANSELME.
M. le Docteur MOUCHET.

Internat provisoire

1926-1927. — M. le Professeur agrégé MATHIEU.
M. le Professeur SEBILEAU.

Internat

1927-1928. — M. le Professeur agrégé DESCOMPS.
1928-1929. — M. le Docteur WIART.
1929-1930. — M. le Docteur CHIFOLIAU.
M. le Professeur BRINDEAU.
1930-1931. — M. le Docteur LAPOINTE.

A M. le Docteur GERNEZ, chirurgien des Hôpitaux.

A M. le Docteur DENIKER, chirurgien des Hôpitaux.

A M. le Docteur CAPETTE, chirurgien des Hôpitaux.

A M. le Professeur agrégé VAUDESCAL.

A M. le Docteur BRAINE, chirurgien des Hôpitaux.

A M. le Docteur HALLER, ancien chef de clinique de la Faculté.

A M. le Docteur BONTEMPS, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Au cours de ma troisième année d'Internat il m'a été permis d'observer et d'opérer une malade présentant, je crois, un cas curieux et unique encore dans les *Annales Médicales*.

Je me trouvais alors Interne à l'hôpital St-Louis dans le service de mon vénéré maître le docteur Chifoliau, lorsque j'eus la bonne fortune de recevoir dans ma salle une malade présentant des myomes multiples et généralisés de tout le côlon « véritable myomatose » de la paroi intestinale associée à une maladie de Hirschsprung, ou mégacôlon.

Opérée dans le service, et devant l'aspect anormal des lésions constatées, nous demandâmes au Pr Lecène de bien vouloir nous examiner la pièce au point de vue histologique.

Sa surprise du reste égala la nôtre, et il nous communiqua rapidement l'impression première que lui suggéra l'examen de la coupe histologique. « C'est un cas extrêmement curieux, nous dit-il, que pour ma part je n'ai pas encore vu ; c'est une maladie de Reklinghausen de l'intestin ».

Mais par la suite, il fit de nouvelles coupes et des examens plus attentifs qui modifièrent sa première impression, car un nouveau compte-rendu nous fut communiqué, disant que nous n'étions pas du tout en présence d'une maladie de Reklinghausen, mais de myomes multiples envahissant toute la paroi intestinale en entier. Regrettant que le premier diagnostic ne se trouva pas confirmé, nous étions malgré tout en face d'un cas curieux non encore signalé, et cette maladie que nous appellerons non pas « myome du gros intestin », mais « myomatose », étant donné l'intensité et l'étendue des lésions, a paru à mon maître Chifoliau si intéressante, qu'il m'a conseillé d'en faire le point de départ de ma thèse. Je suis heureux de le remercier de tout l'intérêt qu'il me porte et je lui réitère ici encore l'expression de ma profonde reconnaissance.

***

Ne pouvant me borner à la seule étude de cette myomatose généralisée du gros intestin, je prendrai comme sujet de ce travail : *Les myomes de l'intestin en général,* sujet qui jusqu'ici, étant donné la rareté des cas, a été peu étudié.

Avant de passer à l'étude des myomes intestinaux, je crois indispensable de donner avant tout, l'observation détaillée de notre malade, ce qui mettra en lumière d'emblée, le gros intérêt de cette affection unique jusqu'alors,puisque je n'ai trouvé aucune trace d'une affection semblable dans la *Littérature Médicale*.

OBSERVATION

La malade, âgée de 36 ans, rentre dans le Service le 7 juin 1929, se plaignant d'une constipation profonde et de la présence de petites masses non douloureuses, constatées depuis quelque temps dans l'abdomen.

Ces troubles de constipation remontent à son enfance. La malade nous dit, en effet, qu'elle restait, déjà à ce moment, des dix et douze jours sans aller à la selle, et que cela ne cédait qu'aux lavements et aux purgations. A part cela, aucun autre symptôme n'est à signaler à cette époque.

Ce n'est qu'au début de l'année 1929, que l'état général commence à s'altérer légèrement. Le matin, des nausées surviennent accompagnées de vomissements peu abondants et glaireux. La malade accuse de la lassitude et malgré tout l'appétit reste conservé, et on note un peu d'amaigrissement.

C'est à ce moment seulement que la malade constata la présence dans son abdomen de masses dures du volume d'une orange, mobiles, non douloureuses, situées dans le bas-ventre et dans l'hypochondre gauche. Les selles sont toujours rares, ne contiennent que peu de

matières solides et jamais elles n'ont été noirâtres, ni jamais la présence de sang n'y fut notée.

En outre, Mme Ch... accusait des douleurs dans la région précordiale, douleurs à caractères constrictives accompagnées d'angoisse, sans irradiation appréciable, douleurs survenant sans cause apparente au repos comme à l'effort et d'ailleurs passagères.

Quelque temps avant son entrée dans le service, elle eut des vomissements avec quelques stries sanglantes qui l'inquiétèrent beaucoup et l'amenèrent à consulter à l'hôpital Tenon. Là, nous dit-elle, on lui fit subir plusieurs examens radioscopiques et graphiques, radioscopie pulmonaire, étude du transit intestinal après ingestion et lavement de bouillie barytée.

Quels ont été les résultats de ces divers examens. . ? nous l'ignorons ; sans doute peu concluants, puisqu'elle quitte Tenon et rentre à l'hôpital Saint-Louis peu de temps après.

A l'examen de cette malade, nous constatons que nous sommes en présence d'une malade jeune, de 36 ans, bon état général, un facies normal, pas ou peu d'amaigrissement. Cependant le premier examen nous montre des déformations du thorax et du membre inférieur droit sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

Si la malade n'attirait notre attention du côté de l'abdomen, rien au premier abord ne nous semblerait anormal. En effet le ventre est de volume normal, non météorisé, non rétracté, paraissant souple, respirant parfaitement, peut-être tout au plus pourrait-on le trouver légèrement ballonné dans sa partie inférieure.

La percussion nous montre en effet qu'il existe un léger degré de tympanisme en rapport avec ce météorisme ; percussion normale par ailleurs. Le foie semble petit, pas de rate.

La palpation, au contraire, nous décèle la présence de tumeurs sur lesquelles du reste la malade avait attiré notre attention. L'une se trouve située dans la région sus-pubienne, l'autre dans l'hypocondre gauche.

On sent en effet immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne et remontant jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au dessus d'elle une masse dure, située juste sur la ligne médiane, dont le bord supérieur est convexe et arrondi, mais se continuant vers la gauche par une masse également dure de 4 ou 5 centimètres formant comme une corne à la masse principale sus-pubienne. On délimite donc facilement les limites supérieure et latérales de cette tumeur ; elle se continue profondément et nous n'arriverons à la limiter entièrement que par le toucher rectal et vaginal.

Au niveau de l'hypochondre gauche, on trouve également par la palpation profonde, une autre masse, située dans la région de l'angle splénique du côlon, masse allongée dans le sens vertical, non douloureuse à la pression, beaucoup moins dure, présentant même par endroits une consistance mollasse, légèrement mobile dans le sens transversal ; son pôle supérieur se perd sous le rebord costal gauche ; en bas on ne peut apprécier exactement ses limites, cette masse ne ressemble aucunement aux caractères de tumeur splénique ou rénale.

Toutes les deux, tumeur sus-pubienne et hypochondre, sont mates à la percussion.

Au toucher vaginal :

Col et corps utérin normaux, culs-de-sac normaux, non douloureux, aucune réaction annexielle.

Seul le cul-de-sac antérieur bombe, soulevé par la masse sus-pubienne, ce qui nous permet d'apprécier exactement son volume (très grosse orange, noix de coco) elle est extrêmement dure, non douloureuse et mobile légèrement en tous sens.

Le toucher rectal :

Peu de chose : une *ampoule rectale vide*, mais semblant normale. La muqueuse est saine, elle est souple, mobile, non indurée, aucune masse n'est perçue. Il nous semble seulement qu'à bout de doigt, cette muqueuse perd un peu de sa souplesse et devient comme épaissie et granuleuse ; mais cette zone semble très haut et peu accessible par le simple toucher, même en faisant pousser la malade. On a cependant l'impression, qu'entre la tumeur sus-pubienne et le doigt, il existe une petite tumeur difficile à apprécier parce que très haute.

Du côté vésical :

Rien, aucun signe de cystite, une sonde métallique est introduite dans la vessie ; il s'écoule une urine claire, normale, et cet examen nous permet d'éliminer le diagnostic possible de calcul vésical. La cavité vésicale est en effet entièrement libre, et on constate que cette masse est bien rétro-vésicale.

Etant donné tous ces caractères, nous pensons qu'il s'agit sans doute de fécalomes, siégeant dans le côlon

pelvien et dans l'angle splénique (lieu fréquent du reste).

Nous recherchons le signe de Hofmokl donné comme caractéristique : en déprimant fortement la tumeur avec le doigt, le godet ainsi produit persiste. Il est en effet très net au niveau de la tumeur de l'hypochondre gauche mais la dureté de la tumeur sus-pubienne empêche toute tentative de ce genre.

Le signe de Gersuny (en déprimant la paroi abdominale sur une tumeur fécale et en diminuant peu à peu la pression, on sent la muqueuse glisser sur la tumeur) n'est pas net également.

Malgré cela, nous concluons à la présence de deux gros fécalomes, l'un pelvien, l'autre colique gauche.

Rien d'autre cliniquement à signaler.

Poumons normaux.

Cœur normal, le premier bruit un peu claqué.

Foie normal, ne dépassant pas les fausses côtes.

Température 36°9, 37°3. Pouls 70.

Les règles normales se sont interrompues sans cause nette en janvier et février 1929.

Réflexes normaux.

Nous reviendrons cependant sur les déformations que nous avions signalées, prédominantes surtout au niveau du membre inférieur droit.

Déformations.

La malade nous dit qu'à l'âge de 14 ans, elle aurait fait une chute et aurait été ensuite plâtrée dans le service Jalaguier aux Enfants Assistés...

On note du côté droit :

Une saillie très accentuée de la région trochantérienne, une cuisse atrophiée.

Le genou est globuleux, et l'articulation est le siège d'une hydarthrose abondante, distendant les culs-de-sac synoviaux, surtout le cul-de-sac sous-quadricipital, le choc rotulien est très net.

La rotule paraît irrégulière, au niveau de son bord supérieur et à droite, on sent une masse arrondie, un peu allongée, de consistance dure, lisse, un peu mobile transversalement et donnant l'impression d'une synoviale très épaissie.

A la face interne de la jambe, à 3 travers de doigt au-dessus de la malléole interne, on trouve une tumeur du volume d'une grosse noix, de consistance dure, un peu élastique, lisse, arrondie, mobile transversalement mais non verticalement, et ne se mobilisant pas dans les mouvements du pied sur la jambe. Cette petite tumeur est complètement indolente.

Le pied est petit, la voûte plantaire affaissée, au contraire le dos du pied saillant. Le 4e orteil a été enlevé à l'âge de 5 ans à la suite d'une suppuration... ! ! Le 2e et le 3e sont incomplètement séparés.

La radiographie montre :

Du côté de l'extrémité supérieure du fémur un grand trochanter développé et dont l'angle supérieur forme un véritable bec, dirigé verticalement.

Du côté du col fémoral, disparition complète de l'angle d'inclinaison du col sur la diaphyse. Cet axe est en effet vertical, continuant directement l'axe même de la

diaphyse. La tête fémorale est aplatie, évasée et vient s'articuler avec la partie supérieure du cotyle. Le sourcil cotyloïdien forme à ce niveau une saillie plus marquée que normalement formant toit à la tête fémorale.

Pas plus du côté du trochanter que du col et de la tête on ne trouve trace de fracture ancienne, aucun trouble de calcification.

Au genou :

Du côté fémoral :

Un condyle interne du volume normal, mais fortement déjeté en avant semblant repousser la rotule.

Un condyle externe au contraire fortement hypertrophié, présentant des irrégularités et des exostoses, déjeté en arrière.

La rotule épaissie, irrégulière de contours. Tibia et péroné semblent normaux.

Au niveau du pied :

Astragale et calcanéum de contours normaux mais très petits, et comme un peu aplatis d'avant en arrière. Il semble que des travées osseuses parties de l'astragale vont au calcanéum réunissant ces deux os.

Au niveau du métatarse :

Il existe une véritable fonte osseuse, réunissant la base des 2, 3, 4 métatarsiens, des 2e et 3e cunéiformes, le cuboïde et la partie externe du scaphoïde. Tout ceci forme un bloc dans lequel tout interstice articulaire a disparu. Dans l'ensemble, grosse décalcification des os.

Du côté du tronc, on trouve également quelques déformations à signaler à la partie supérieure du thorax

en avant et en arrière, sur le cou existent encore de petites tumeurs cutanées, nombreuses et de petit volume sans localisation particulière.

L'exploration des principaux troncs nerveux des membres ne permet de constater aucune autre lésion tumorale.

Antécédents personnels : mariée, n'a eu ni enfant, ni fausse-couche.

Wassermann : négatif.

Antécédents héréditaires : Père mort à 60 ans d'hémorragie cérébrale.

Mère vivante, bien portante. 5 frères et une sœur. Seul subsiste un frère de 32 ans. Les autres sont morts en bas-âge.

Telle est l'histoire clinique de cette malade. Des lavements répétés avec laxatifs lui furent administrés. Mise à la diète. Rien ne parvient à ramollir ou modifier le volume de ces fécalomes. La malade eut quelques selles très liquides, un peu glaireuses.

Les douleurs précordiales qu'elle ressentait disparurent complètement sous la simple influence du repos. et quelques jours après, nous pûmes pratiquer les examens radioscopiques et radiographiques de son intestin.

A la radioscopie sous lavement baryté, on constata :

Une ampoule rectale de volume et de forme normale se remplissant parfaitement.

L'ampoule une fois pleine, le liquide bismuthique semble arrêté par un obstacle au niveau du rectum supérieur. Il arrive cependant à le franchir au bout d'un

certain temps d'arrêt. A ce niveau la lumière intestinale est rétrécie sur quelques centimètres. L'obstacle franchi, le bismuth arrive dans le sygmoïde, entourant la masse formée par le fécalome qui paraît sous forme d'une image plus claire par rapport à l'opacité du bismuth. On est alors bientôt frappé par la dilatation énorme du sygmoïde, dilatation qui semble s'étendre à tout le côlon. Il faut une énorme quantité de bismuth pour injecter tout le côlon. Il est en effet dilaté en masse, peut-être un peu moins dans la région initiale du côlon descendant, mais ailleurs cette dilatation est énorme, du volume d'une jambe envahissant et remplissant toute la cavité abdominale.

Aucun point douloureux appendiculaire, c'est l'image typique d'un mégacôlon.

Une plaque radiographique fut faite de suite, et montre en effet la même image de mégacôlon, surtout au niveau du côlon ascendant et sygmoïdien où le diamètre allait jusqu'à 12 et 15 centimètres. Allongement également de tout l'ensemble du côlon.

Ces examens nous confirment notre diagnostic de fécalome; ils nous décélèrent en même temps l'existence d'une lésion recto-sigmoïdienne de nature indéterminée mais cependant très nette. Ils nous montrèrent également le fécalome siégeant immédiatement au-dessus de cet obstacle, enfin l'existence concomitante d'un énorme mégacôlon.

La malade n'expulsa que très difficilement le bismuth ainsi injecté, malgré purgations et lavements puisque 15 et même 20 jours après, on en retrouve

encore dans les quelques rares selles de la malade. Une grande quantité est encore visible à l'écran à cette date.

Tout traitement médical ayant été tenté et n'ayant donné qu'un résultat absolument nul, on se décide à pratiquer chez cette malade une rectoscopie à la fois tant comme moyen de diagnostic de la lésion sigmoïdienne que thérapeutique dans l'espoir d'arriver jusqu'au fécalome et de l'évacuer ainsi par broiement.

La rectoscopie ne nous montra rien de net. On ne put remonter jusqu'à la lésion, on ne trouva qu'une muqueuse normale et un peu granuleuse dans la région que nous pûmes explorer.

Là encore, ce traitement échoua, et nous nous décidames à faire une laparotomie demandée du reste par la malade.

Voici le compte-rendu opératoire :

Intervention du 20 juin 1929
Compte rendu opératoire

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on trouve une masse intestinale énorme envahissant toute la cavité abdominale.

A l'examen, on constata que cette masse intestinale était constituée par le gros intestin dilaté, depuis le cæcum jusqu'au rectum supérieur ou base de l'anse sigmoïde.

Devant l'étendue considérable des lésions, on se décide à faire une colectomie totale. L'intestin est dilaté (volume d'une jambe) ; l'intestin grêle au contraire est

de volume et d'apparence normaux, même l'angle iléo-cæcal. La paroi du gros intestin est rouge, ecchymotique, de couleur vineuse. Les vaisseaux sont dilatés et forment un réseau vasculaire intense sur la paroi intestinale. Les vaisseaux mésentériques (veines et artères) sont également dilatés (volume du pouce); la paroi intestinale est bourrée de petits noyaux blanchâtres, durs, cartonnant par endroits toute la paroi, surtout marqués au niveau du cæcum. L'appendice est envahi sauf l'extrême pointe libre. Au niveau du sigmoïde, mêmes lésions mais de forme annulaire rétrécissant à ce niveau la lumière intestinale; la lésion ressemble de prime abord à un néoplasme en ficelle. On fait donc une colectomie totale de gauche à droite. Ligature étagée du mésocôlon transverse.

L'angle splénique est extériorisé facilement jusqu'à l'angle hépatique. L'exérèse est facile. C'est à ce niveau seulement que des adhérences se sont formées. L'angle droit est fortement adhérent au lobe droit du foie. Libération aux ciseaux. Grosse adhérence épiploïque. Le cæcum est fortement adhérent descendant dans le petit bassin. Sa libération est pénible, mais par incision du feuillet péritonéal on arrive à le libérer. L'uretère droit est trouvé accolé à la masse cæcale. On le dissèque. Abouchement par une contre incision dans la fosse iliaque droite de la partie terminale de l'iléon. Sur la ligne médiane, partie inférieure, on fixe en la fermant la partie terminale basse du gros intestin.

Deuxième intervention
(15 octobre 1929) compte-rendu

Malade autrefois opérée dans le service d'une colectomie totale pour myomatose généralisée du gros intestin, anus iliaque sur la portion terminale du grêle, conservation du sigmoïde.

Médiane sous-ombilicale, résection de l'ancienne cicatrice.

L'extrémité supérieure du bout inférieur adhère à l'ancienne cicatrice. Grosse adhérence de l'iléon au sigmoïde, au petit bassin. On les libère au doigt et aux ciseaux courbes.

Anastomose termino-latérale entre l'iléon et la portion restante du sigmoïde : elle est faite sur un drain introduit par le bout inférieur jusqu'à l'anus. On laisse donc l'anus iliaque comme voie de dérivation.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Drain dans le Douglas.

Troisième intervention
30 novembre 1929

Fermeture d'un anus terminal du grêle. Malade ayant subi une colectomie totale et une iléo-sigmoïdectomie.

La malade sort le 21 décembre 1929.

Examen histologique de la paroi intestinale

Les coupes des fragments prélevés montrent parfaitement les diverses tuniques de la paroi intestinale ; elles permettent de préciser le siège de la nature des nodules multiples qui l'épaississent en la bosselant.

Sous la muqueuse et son chorion, normaux, on reconnaît les couches musculeuses transversale et longitudinale. A cette dernière sont appendus des nodules de myome qui se développent vers la séreuse et qui sont incontestablement des formations tumorales.

Ces nodules sont constitués par un entrelacis de faisceaux musculaires lisses coupés sous diverses incidences ; des cloisons conjonctives plus ou moins épaisses les séparent les uns des autres.

Les colorations telles que le van Gieson mettent bien en évidence les fibres musculaires et les différencient parfaitement des faisceaux et fibrilles collagènes interçalaires, d'abondance inégale.

En beaucoup de régions les fibres coupées longitudinalement montrent des myofibrilles bien distinctes et des noyaux très allongés pressés parallèlement les uns contre les autres.

On ne décèle en aucun point, d'atypies, de monstruosités nucléaires, ni de mitoses, et il n'existe nulle part d'aspects histologiques pouvant faire penser à une évolution maligne de ces léiomyomes.

PLAN

Je diviserai l'étude des myomes intestinaux en deux parties bien distinctes :

1° *Les myomes se présentant sous forme de tumeurs intestinales localisées,* soit sur le grêle soit plus rarement sur le gros intestin, affection rare, mais cependant déjà étudiée et signalée par quelques auteurs.

2° *Les myomes généralisés ou plus exactement la « myomatose généralisée du gros intestin »* affection non décrite encore je crois et dont l'observation de la malade que nous venons de lire sera la base principale de cette étude.

Macroscopiquement différents cliniquement en effet nous verrons qu'ils diffèrent également non seulement par leur *symptomatologie*, mais encore surtout par leur *évolution*, *leurs complications,* et par ce fait même *leurs traitements.*

I. — FORME LOCALISÉE DES MYOMES INTESTINAUX

Historique

L'étude des myomes intestinaux semble avoir été faite surtout par les Allemands, elle a été en effet entreprise pour la première fois en 1898 par un Allemand: Steiner, qui publia un travail sur les myomes du tractus gastro-intestinal dans *Beitrage zur kliniche Chirurgie* 1898.

L'année suivante un français, Heurtaux, reprit un peu la question en présentant un mémoire sur les tumeurs bénignes du grèle dans les *Archives Provinciales de Chirurgie* 1899.

Puis ce fut seulement en 1909 qu'un Allemand encore dans un travail sur les tumeurs de l'intestin signale dans la *Deustsche Medizine Wochenschrift* un cas pur de myome du grèle.

En 1912 Hake, de Berlin, rapporte de nouvelles observations de myomes du tractus gastro-intestinal et signale notamment l'observation d'un myome du jejunum. La même année Rosenow, de Berlin, également rapporte un cas de myome de l'intestin simulant un ulcus duodénal,

Et c'est encore en 1912 que nous verrons encore parler des myomes intestinaux par Kasemayer dans un mémoire traitant des invaginations intestinales par tumeurs dans la *Deutsche Zeitsch. für Chirurgie*, travail du reste dont on ne retire que fort peu de chose sur les myomes.

De 1912 à 1919 rien d'important ne paraît sur ce sujet sauf peut-être un travail de King, de New Orléans, sur les tumeurs bénignes de l'intestin.

L'ouvrage le plus important fut celui de Ewing paru en 1919 à Chicago.

Brocq et Hertz reprirent la question de nouveau dans un petit article paru dans la *Revue de Chirurgie* en 1921.

Et enfin sauf erreur bibliographique le travail le plus récent est celui de G. Brendolan, italien ; publié à l'occasion d'observations de léiomyomes de la 1re portion du jejunum dans *Il Policlino Chirurgical* en 1923.

Histologie

Les léiomyomes sont des tumeurs arrondies, sphéroïdes, circonscrites et souvent entourées d'une capsule de tissu conjonctif donc énucléables.

Se présentent comme des tumeurs, leur forme est d'une façon prédominante ronde ou sphérique, soit encore ovoïde ou pyriforme quelquefois encore réniforme. Elles s'implantent soit sur la paroi interne ou externe de l'intestin, nous les diviserons donc en deux grandes classes : les tumeurs sous-séreuses et les tumeurs sous-muqueuses.

Les unes comme les autres mais surtout les sous-muqueuses, peuvent se pédiculiser.

La coupe d'un myome est de couleur gris blanchâtre ou encore rouge pâle avec des striations concentriques ou rayonnantes. Une section nette et régulière est pratiquement impossible parce qu'il apparaît un certain relief et des anfractuosités après le passage de l'instrument coupant. Ils ressemblent beaucoup aux fibromes par leurs caractères externes et c'est la raison pour laquelle ils furent pendant longtemps confondus avec cette néoplasie.

Au point de vue histologique les fibres musculaires se réunissent en faisceaux multiples plus ou moins robustes et intriqués dans toutes les directions donnant cet aspect spécial à la surface de section à striations concentriques et rayonnantes vues plus haut.

Selon Birsch Durante les fibres musculaires rencontrées ici correspondent au type physiologique classique. Nasetti, Barbacci et d'autres soutiennent au contraire qu'on peut facilement trouver des fibres musculaires présentant des modalités morphologiques atypiques, en effet les cellules y sont plus grosses, plus riches en protoplasme, les noyaux plus longs et plus larges, plus arrondis à leur extrémité et différents également des noyaux normaux par leur réaction différente à certaines colorations : hématoxyline, éosine, van Grison.

Selon Nasetti dans les noyaux myomateux en voie de développement on peut observer des éléments jeunes, petits et allongés fusiformes avec des noyaux ovals ou fusiformes riches en chromatine. Les éléments musculaires par rapport aux vaisseaux peuvent se disposer concentriquement ou longitudinalement, et cette dernière disposition semble la plus fréquente, bien que Koenig soutienne que les fibres musculaires se développent toujours au début autour des capillaires de récent développement. Et pour ce dernier auteur, la disposition des fibres musculaires est irrégulière et due à ce fait que les capillaires ont un cours très irrégulier.

Le rapport quantitatif entre le stroma conjonctif et les fibres musculaires est très varié dans les différents myomes : alors que les uns sont musculaires surtout,

d'autres sont formés de tissu conjonctif : ces derniers sont les plus durs et sont les *fibromyomes*, tandis que les autres au contraire sont mous et se nomment les *léiomyomes*.

Les vaisseaux sont rares au centre, et au contraire plus nombreux à la périphérie où ils ressemblent à des sinus veineux. Leur nombre est en rapport inverse avec la quantité du stroma, donc plus il y aura de stroma développé moins il y aura de vaisseaux, quelquefois cependant l'élément vasculaire est si développé qu'il peut donner à la tumeur le caractère *talangectasique*.

« Les lymphatiques sont rares et larges et quelquefois « ils forment des espaces lacunaires, en si grand nombre « qu'ils rendent la tumeur fluctuante ? » (Durante).

L'*accroissement* des myomes est à type expansif par production de nouveaux éléments. Cet accroissement est lent et demande des années avant d'atteindre un volume susceptible de donner des troubles. Dans de rares cas le développement est rapide. Les tumeurs externes sont souvent les plus grosses à cause de l'espace plus grand qu'elles ont dans la cavité abdominale pour se développer. Elles peuvent atteindre 5 à 6 kilogs. Ces myomes sont rares : 5 cas connus.

Le myome a tendance à s'isoler des tissus environnants et cette tendance se manifeste par la *pédiculisation* qui donne lieu aux formes polypeuses. Selon Schmicht seules les tumeurs internes ou sous-muqueuses peuvent se pédiculiser. Hâtons-nous de dire qu'il est le seul de cet avis ! Cette possibilité de pédiculisation n'est pas en effet à exclure pour les tumeurs externes, plu-

sieurs cas, en effet, ont été décrits. Mais la pédiculisation est surtout le fait des tumeurs sous-muqueuses et selon Alessandri, les mouvements péristaltiques qui agissent en expulsant la tumeur seraient la cause de cette pédiculisation, de même qu'aussi le passage des matières fécales (surtout au niveau du gros intestin où elles sont solides). Nous pourrons donc distinguer des myomes externes ou internes non pédiculisés et des myomes internes ou externes pédiculisés à large ou petite base.

Les myomes peuvent provoquer, comme nous le verrons plus loin, certains faits pathologiques dont les plus importants sont : l'*atrophie*, l'*hémorragie* avec cavités kystiques, la *dégénérescence* graisseuse, hyaline et muqueuse, l'*ulcération*, etc.....

L'atrophie est plus fréquente dans les myomes pédiculisés et ceci par suite de l'insuffisance de l'irrigation vasculaire.

Wirchow fait dépendre l'atrophie du développement du tissu conjonctif interstitiel fibreux, il est le seul de cette opinion...

Plus fréquente est *l'hémorragie* surtout dans les gros myomes et dans les parties les plus éloignées du siège de l'implantation. Dans ces cas en effet ce n'est pas l'afflux vasculaire artériel qui est trop important, c'est au contraire le reflux veineux qui est gêné par la position pendante de la tumeur et par le tiraillement du pédicule. L'hémorragie est soit petite, punctiforme ou en foyer. On peut dire qu'il n'existe pas de myomes sans hémorragie punctiforme, parfois même l'hémorragie est énorme. Karle rapporte au Congrès de Chirurgie de

1923, un kyste hématique de 15 litres, développé dans une tumeur fibro-myomateuse du jéjunum. Dans les kystes récents les éléments du sang sont reconnaissables et bien conservés, dans les anciens il ne persiste qu'un pigment hématique.

L'ulcération, complication plus fréquente des moyens internes par suite du contact avec les matières fécales et du contenu de l'intestin plein de germes est souvent le premier degré d'une gangrène, c'est l'origine de *la gangrène myomateuse*. La gangrène par oblitération vasculaire est plus rare. Si cette gangrène ulcère des vaisseaux de gros calibre elle donnera lieu à de graves accidents.

Pathogénie

La pathogénie des myomes est très controversée. L'opinion des anatomo-pathologistes est très incertaine sur l'origine des cellules jeunes du tissu conjonctif et de la musculature.

Voger, Kolliker, Ranvier croient que la néoformation des fibres musculaires est due uniquement aux cellules jeunes du tissu conjonctif et cela par ce qu'ils ne sont jamais arrivés à recueillir des fibres musculaires en voie de prolifération. Mais Durante fait observer que ce n'est pas une raison suffisante pour exclure cette voie de formation, car il n'est pas plus difficile de rencontrer les métamorphoses des cellules jeunes du tissu conjonctif en tissu musculaire que de démontrer la prolifération des fibres musculaires préexistantes. Il démontre la possibilité pour ces derniers éléments de proliférer. Du reste, si l'on devait admettre cette théorie conjonctivale, comment expliquerait-on le fait que les leiomyomes se développent exclusivement dans des organes pourvus de fibres musculaires seules ?

Parmi les partisans de l'origine musculaire, l'accord ne règne pas : tandis que les uns pensent à l'origine de

la musculature de l'organe d'implantation, d'autres pensent au contraire à la musculature vasculaire, ce dont doute du reste Durante.

Contre cette opinion Klebs soutient l'origine des myomes dans la musculature vasculaire, se basant sur ce fait que les fibres musculaires des tumeurs assurent souvent des rapports caractéristiques avec la tunique musculaire des vaisseaux. Elles se disposent autour du vaisseau en rayons ou en barbes de plume selon que la section est perpendiculaire ou longitudinale au vaisseau.

Cette théorie est acceptée par de nombreux auteurs parmi lesquels Dubarsch et Kohen qui croient l'avoir démontrée par des coupes histologiques irréfutables.

Bendolan au contraire nous dit : « Par l'étude des cas « consultés et des diverses opinions, j'ai la conviction « que l'on doit admettre la possibilité de l'origine « vasculaire, mais dans l'immense majorité des cas « le point de départ est la musculature de l'organe « d'implantation et dans le cas que j'ai rapporté c'est la « musculature intestinale et la muscularis mucosæ ».

Ayant ainsi établi l'origine musculaire : nous verrons que les myomes se développent toujours en principe intra-pariétaux, mais leur accroissement de volume les rend rapidement soit sous-séreux soit au contraire sous-muqueux. Cette distinction est classique, elle a été proposée par Wirchow, elle est encore acceptable de nos jours.

Les myomes intestinaux ne présentent pas comme les myomes utérins de formes interstitielles à cause même

de la minceur de la paroi, il est naturel en effet de penser qu'aussitôt que le myome a atteint un certain volume il est tout de suite externe ou interne. On en a décrit quelquefois qui sont en même temps externes et internes et non pédiculisés.

Il semble que les internes soient plus nombreux. Ceci tient sans doute à leur double origine à la fois de la couche circulaire et de la muscularis mucosæ, à moins que ce ne soit leur symptomatologie plus grave qui fait qu'ils passent moins inaperçus que les externes.

Fréquence des myomes intestinaux

Comme on le voit d'après cet historique, les myomes intestinaux ont été peu étudiés, non décrits avec détail dans les traités classiques : ce sont en effet des tumeurs très rares.

Si nous prenons les statistiques publiées par les auteurs qui se sont occupés de la question, nous verrons que si les tumeurs bénignes de l'intestin ne sont pas rares, par contre la variété de tumeurs bénignes à type de myomes est au contraire peu fréquente.

Heurtaux, dans une étude faite sur les tumeurs bénignes de l'intestin a pu réunir 50 cas, mais il considère le myome de l'intestin comme rare, puisque sur ces 50 cas 16 seulement sont des fibro-myomes de l'intestin.

Hake trouve un seul cas de myome sur 4 cas publiés de tumeurs bénignes.

Frostcher n'en signale qu'un cas.

Il est malheureux de ne pouvoir utiliser dans cette étude le mémoire présenté par Kasemayer, qui réunit 116 cas de tumeurs du grêle, mais il mélange, en effet, sans distinction comme le montre Brocq « dans un lot

de 23 cas à la fois les fibromes, les myomes et les tumeurs malignes ».

Sur 116 cas il trouve :

60 polypes ;
20 lipomes ;
13 adénomes ;
23 cas groupés en fibromes, myomes et tumeurs malignes.

En réalité malgré toutes les statistiques que nous avons compulsées, il est encore impossible de donner un chiffre fixant la fréquence des myomes intestinaux par rapport aux tumeurs bénignes de l'intestin. Il semble cependant qu'ils constituent un important élément dans l'étude de ces tumeurs bénignes.

Nombre.

En dehors de la myomatose généralisée que nous verrons dans la deuxième partie de notre étude, nous pouvons déjà dire que les myomes de l'intestin, s'ils sont localisés et le plus souvent uniques, peuvent cependant :

1° *Coexister* avec plusieurs autres myomes localisés du grêle ou du gros intestin. Nazarri, par exemple, publie deux cas de ce genre : dans le premier c'est un malade qui présentait une quarantaine de petits myomes en différents endroits du grêle ; dans le deuxième cas : 120.

Duval, par exemple, encore a rapporté une observation d'un malade présentant 50 petits myomes sous-muqueux,

2° *Coexister* avec d'autres myomes soit gastriques,ou même encore myomes utérins : véritable myomatose *disséminée* sur plusieurs organes.

Aspect et volume.

Généralement arrondis ou bosselés, de consistance ferme et élastique, ils présentent un volume variable, souvent petits : taille d'un pois ou d'une cerise, ou d'une orange au maximum. Il faut cependant signaler que quelques-uns ont pu prendre des dimensions anormales, témoin par exemple le cas de Brocq où le fibromyome pesait 585 grammes, ou les cas encore plus exceptionnels de Semm qui décrit un myome de la paroi du gros intestin pesant 12 livres, et celui de Duval qui atteignait le poids de 14 livres.

Enfin ils peuvent se pédiculiser, se présenter comme de véritables polypes. Nous avons vu que pour certains auteurs ceci ne se verrait que pour les sous-muqueux seuls, en réalité les uns et les autres peuvent se pédiculer : leur pédicule et leur base d'implantation sont larges et étalés.

Siège.

Ces tumeurs bénignes siègent sur toute l'étendue du tube digestif.

Laissant de côté les myomes de l'estomac (Steiner en cite 23 cas) (Hake, de Berlin, cite même 2 myomes du cardia et 1 de la paroi gastrique) nous verrons que ces myomes se trouvent ou sur le grêle ou sur le gros intestin. Quelques cas ont été signalés au niveau du jéjunum

(Hake par exemple) ou même de l'angle duodéno-jéjunal (Brendolan). Ces myomes cependant se rencontrent plus fréquemment sur l'intestin grêle, plus rarement sur les côlons : tel le cas de Plenk trouvant un myome de la paroi postérieure du cæcum chez un malade opéré pour appendicite chronique, et celui de Volfer trouvant un leiomyome de la paroi postérieure du colon ascendant (volume tumeur de 1050 grammes).

A part ces deux ou trois cas trouvés et publiés de myomes du gros intestin, presque tous les autres semblent être des myomes du grêle.

Localisation anatomique.

Steiner le premier en 1898 a décrit deux sortes de myomes :

les myomes sous-séreux,
les myomes sous-muqueux.

Cette distinction a été conservée et décrite de nouveau par Hertz et Brocq et aussi par Bendolan en 1923 ;

Nous garderons, nous aussi, cette classification.

Les myomes sous-muqueux se développent vers la lumière intestinale soulevant la muqueuse tout en la respectant, celle-ci est en effet le plus souvent normale, ou épaissie et hypervascularisée, plus tard seulement elle pourra s'ulcérer :

Les myomes sous-séreux au contraire se développent en dehors soulevant le péritoine, se présentant sous formes de tumeurs à large pédicule, implantées sur le bord libre de l'intestin, ou encore certains peuvent se

développer aux dépens de la paroi intestinale mais en décollant ou dédoublant les deux feuillets du mésentère.

Différents donc par leur *localisation* anatomique, ils seront également différents par d'autres caractères, en effet :

Les myomes sous-muqueux sont généralement petits, rarement au-dessus *du volume* d'une noix, les sous-séreux au contraire sont plus gros et ce sont seulement ceux-là signalés comme atteignant des volumes excessifs.

Au point de vue *symptomatologie* aussi différents. Comme dans les fibromes utérins, les sous-muqueux seuls donnent lieu à des hémorragies, les sous-séreux pas.

Au point de vue des *complications* les sous-muqueux donnent lieu souvent à des invaginations au contraire des sous-séreux qui en s'extériorisant tendront à créer des diverticules de l'intestin ou des coudures ou des torsions.

Se basant sur l'origine de ces tumeurs, sur la théorie de l'inclusion et reconnaissant que ces tumeurs myomateuses sont rarement pures, certains auteurs ont donné une autre classification des myomes : c'est celle par exemple de Bœtticher et Lode peut-être plus exacte histologiquement, elle nous semble cependant moins simple, moins clinique que celle plus haut décrite. Aussi la citerons-nous à titre documentaire. Pour ces auteurs en effet trois types de myomes :

1° Les petites tumeurs multiples nodulaires ou poly-

peuses provenant d'une petite inclusion isolée sous muqueuse ;

2° La tumeur volumineuse compacte occupant toutes les couches musculaires avec adhérences à la muqueuse ;

3° Le polype myomateux sous-séreux faisant saillie vers le péritoine.

Enfin nous citerons en terminant une variété anatomique spéciale de myome : ce sont les *myomes diverticulaires* de Puskèpellies. La tumeur appendue à l'intestin est perforée dans le sens de la longueur, elle présente une cavité communiquant avec la cavité intestinale simulant un véritable diverticule intestinal. elle peut secondairement se perforer comme dans le cas publié par G. Botstiber.

Symptomatologie

L'histoire clinique des myomes intestinaux est assez obscure et difficile à décrire en détail vu le petit nombre d'observations. La symptomatologie en est fruste, faite surtout de signes d'emprunt et l'on peut dire qu'aucun signe n'est caractéristique de ces tumeurs, elles passent le plus souvent inaperçues jusqu'au jour où une complication (invagination ou occlusion) poussent à l'acte opératoire, et l'intervention montrera alors seulement le myome en cause.

Nous tâcherons cependant de décrire la symptomatologie des myomes, mais pour cela il nous semble commode de garder même cliniquement la division en myomes sous-séreux et sous-muqueux.

A. — Myomes sous-séreux

Des deux formes, les myomes sous-séreux ont certainement la symptomatologie la plus muette. Etant sous-séreux ils ne donnent lieu à aucune hémorragie intestinale, ils sont le plus souvent méconnus jusqu'au jour de la complication. Deux symptômes sont seuls cepen-

dant à noter, mais nous insistons sur leur caractère d'inconstance et leur peu de caractère de diagnostic.

La tumeur peut dans quelques très rares cas être sentie. Nous avons vu en effet que ces tumeurs sont petites, du volume d'une orange au grand maximum, donc le plus souvent non palpables. L'attention du reste n'est pas attirée vers l'abdomen puisque toujours ou presque ils sont muets. Ce ne serait que dans certains cas où le myome prendrait un volume anormal qu'il pourrait être perçu à travers la paroi.

Cependant sur ce symptôme seul de tumeur. J. A. Volfer, de Chicago, opère un malade dont je rappelle en quelques mots l'observation. Il s'agissait d'un homme de 44 ans présentant une grosse masse de l'hypocondre droit depuis 6 ans, il présentait un gros amaigrissement 35 livres en 10 mois, mais sans aucun autre symptôme. A l'intervention, on trouve une tumeur siégeant à l'arrière du côlon ascendant. On l'énuclée facilement de derrière le côlon, mais cependant on est obligé de faire une résection du côlon ascendant et du cæcum. Volfer nous dit qu'il trouva une tumeur de 1.050 grammes et l'examen histologique montra que c'était un léiomyome du gros intestin avec cellules musculaires lisses typiques, noyaux allongés, quelques fibres dégénérées et vaisseaux irrégulièrement distribués.

Latronche, de Poitiers, sans faire le diagnostic, opère une malade présentant une tumeur dans le bas-ventre, sans aucun trouble avec selles normales, c'était une tumeur de la fosse illaque gauche sur laquelle il porta le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire. A l'inter-

vention, il trouva une tumeur développée au dépens du grêle, le cravatant, s'étendant dans le mésentère, de consistance fibromateuse. Il fit une large résection mésentérique et intestinale. Sa malade guérit du reste. A l'examen histologique, on constata qu'il s'agissait encore ici d'un léiomyome.

King, de New-Orléans, lui aussi opère une femme de 38 ans, pour une tumeur de la partie supérieure gauche de l'abdomen, tumeur mobile, dure, du volume du poing. L'opération montra qu'il s'agissait encore ici d'une tumeur ovoïde, rougeâtre, sessile, sur le jéjunum et au dessus l'intestin était dilaté (résection, guérison). L'histologie montra que c'était un myome du jéjunum.

Outre les deux cas rapportés plus haut, de Semm et de Duval où la tumeur était d'un volume anormal par sa grosseur, ce sont les trois seules observations que j'ai retrouvées dans lesquelles les myomes se sentaient à travers la paroi. Dans aucun de ces trois cas, du reste, le diagnostic de myome ne fut posé..., il ne pouvait l'être du reste.

La douleur (2e symptôme) pourrait attirer l'attention douleur encore inconstante, réduite le plus souvent au minimum. Lorsqu'elle prend des caractères d'intensité plus marquée ce sont déjà des petites crises d'occlusion passagères ? Jusqu'alors silencieux, plus tard ces myomes s'extérioriseront jusqu'au jour où leur poids coude l'intestin, déterminant ces petites crises d'occlusion ou encore des douleurs par torsion surtout en cas de myomes pédiculés, et comme le dit Brocq « entre ces crises d'oc-« clusion provoquées par ces deux mécanismes, coudure

« intestinale et torsion, la tumeur reste ignorée. C'est « d'ailleurs une règle générale que dans l'abdomen une « masse pesante plus ou moins pédiculée, puisse subir « des accidents passagers ou définitifs de coudure ou de « torsion. N'en est-il pas de même pour les kystes de « l'ovaire, pour les fibromes pédiculés, pour les salpin- « gites kystiques, pour l'anse sigmoïde longue chargée « de matières ».

Rien au point de vue général : intégrité absolue de l'état général.

Donc en résumé, symptomatologie fruste, réduite au minimum et où la complication est en somme le meilleur symptôme.

B. — **Myomes sous-muqueux**

Les myomes sous-muqueux ont une symptomatologie plus riche que les précédents, mais malgré cela ici encore, rien n'est caractéristique.

L'hémorragie est le symptôme le plus fréquent à la fois signe et complication suivant son abondance. Les myomes intestinaux sous-muqueux en effet saignent habituellement.

Hémorragie d'abondance variable :

— soit petite, occulte, passant inaperçue et qui ne pourrait être mise en lumière que par les réactions habituelles de laboratoire ;

— soit hémorragie d'abondance moyenne, suintement sanglant, donnant lieu à un mœlena, symptôme assez fréquemment signalé ;

— soit hémorragie abondante, de sang rouge que le malade constate brusquement, sans cause apparente.

Dans certains cas, rares du reste, cette hémorragie peut prendre une grande importance, nous y reviendrons aux complications.

Quoi qu'il en soit, l'hémorragie est un très bon symptôme de myome sous-muqueux qui n'est pas encore compliqué, soit en déterminant une obstruction de la lumière intestinale, soit en déterminant une invagination. Mais je n'ai pas besoin de signaler que quoique bon signe, elle n'est nullement caractéristique de l'affection puisque commune à bien des lésions intestinales (ulcère duodénal, néoplasme, fibrosarcome ou toute autre tumeur bénigne autre que le myome).

Un second signe d'origine mécanique dû à la présence même de la tumeur, soit par tiraillement, volume, ou obstacle qu'elle crée sur le trajet du grêle est :

La douleur. — Elle est le plus souvent intermittente, avec des intervalles de rémission complète, se présentant sous forme de coliques rapidement généralisées à tout l'abdomen, mais localisées au début en un point qui semble toujours le même. Cette douleur s'accompagne de ballonnement du ventre avec état nauséeux ou vomissements.

Steiner a, du reste, beaucoup insisté sur ce symptôme qui pour lui associé aux hémorragies devrait faire penser aux myomes intestinaux. Il insiste, de plus, sur ces quelques symptômes :

— apparition souvent brusque de tumeurs abdominales ;

— accroissement et diminution de la tumeur avec augmentation de volume ;

— de plus obstruction intestinale plus ou moins complète et enfin ;

— sensation de bien-être et évacuation de matières fétides après diminution ou disparition de la tumeur.

Steiner insiste aussi sur les longs intervalles de rémission que je signalais plus haut.

Si nous relisons les observations publiées, nous verrons que, si ce symptôme douleur est suffisant pour poser l'indication opératoire, il est toujours insuffisant pour poser le diagnostic de myome.

Plenk, par exemple : opère une femme de 65 ans pour appendicite chronique. A la laparotomie, il trouve une tumeur de la face postérieure du cæcum du volume du poing, une colectomie est obligée d'être faite.

A la coupe, la pièce présente l'aspect macroscopique d'un lipome, mais l'histologie montra qu'il s'agissait en réalité d'un myosarcome.

G. Brendolan opère lui aussi un homme âgé de 34 ans pour douleur survenue brusquement dans l'hypocondre gauche avec constipation. A l'intervention, il trouve une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus, pleine d'un liquide filant hémorragique faisant corps avec le jéjunum et se trouvant à quatre travers de doigts de l'angle duodéno-jéjunal. C'était encore ici un myome avec hémorragie intra-kystique.

A. Gutierrez, en opérant une femme de 42 ans pour douleurs dans le bas-ventre, trouve une tumeur de la taille d'une mandarine appendue à une anse grêle.

Examen histologique montra qu'il s'agissait d'un léiomyome avec tissu musculaire lisse, fibres entrelacées et en quelques endroits des points de nécrobioses aseptiques.

N. J. A. F. Boerma intervient chez une chinoise de 41 ans, qui se plaignait de douleurs abdominales avec vomissements ; il trouve une tumeur faisant corps avec le grêle, adhérant au sommet de la vessie et est obligé de pratiquer une large résection intestinale. Cette tumeur était grosse comme la tête d'un nouveau-né. L'examen au microscope montra un myome développé au dépens de la musculature intestinale.

La constipation enfin peut exister, soit constipation chronique, soit constipation alternant avec des débâcles diarrhéiques et mucosités sanglantes.

Rien ici non plus au point de vue général, pas d'amaigrissement, pas de température, état général parfait.

Signalons encore que l'on peut constater *la présence de myomes localisés en d'autres endroits*, et notamment la coexistence fréquente de myomes utérins.

La radioscopie de l'intestin pourrait peut-être donner d'utiles renseignements, je ne l'ai vu cependant pratiquer dans aucune observation.

Voilà somme toute, la symptomatologie des myomes intestinaux : elle est, comme on le voit, restreinte, aussi serons-nous obligé d'insister sur leurs complications qui toujours entraîneront l'acte opératoire et où la laparotomie mettra en évidence le myome en cause.

Complications des myomes intestinaux localisés

Comme pour la symptomatologie, nous étudierons les complications des myomes sous-muqueux et celles des myomes sous-séreux. Disons de suite que deux complications domineront et ce seront celles que nous aurons surtout en vue dans notre description :

L'invagination se voyant surtout dans les myomes sous-muqueux ;

L'occlusion qui est surtout le fait de myomes sous-séreux.

I. — Complications des myomes sous-muqueux

Sont pratiquement au nombre de deux :

L'hémorragie ;

L'invagination ;

et plus rarement enfin des *sténoses intestinales*.

Hémorragie

Signe comme nous l'avons vu des myomes sous-muqueux, elle peut dans certains cas devenir une véritable

complication du fait de son importance et de son abondance.

Elle donnera lieu alors à une hémorragie anale de sang rouge, rutilant, abondante, entraînant avec elle tous les symptômes d'une hémorragie interne : pâleur, petitesse du pouls, anémie intense, syncope, lypothymie, etc..., et mettre brusquement la vie du malade en danger. Cette complication est rare du reste, cependant nous pouvons en citer deux ou trois cas publiés.

Tel par exemple le cas de Hake, publié en 1912, où il opère une malade en état d'anémie aiguë et où l'intervention montre un myome du jéjunum ulcéré.

L'autre cas de Rosenow dont je reproduis ici l'observation : il s'agissait en effet d'un homme de 45 ans devenant subitement anémique avec sang dans les selles mais sans aucun autre signe, à la suite d'un régime le malade se rétablit, engraisse, on pensait à la possibilité d'un ulcus duodénal, et au bout de quelque temps mort par collapsus. A l'autopsie on trouva à un centimètre du jéjunum une tumeur arrondie grosse comme un œuf saillant dans le péritoine et dans l'intestin. Au niveau de la muqueuse plusieurs ulcérations à proximité des vaisseaux dilatés. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro myome.

Ces cas sont rares et l'on peut dire que ce sont surtout les myomes gastriques ou même du cardia qui donnent lieu aux hémorragies plus que les myomes intestinaux eux-mêmes.

Steiner, Plenk, du reste, arrivent aux mêmes conclusions puisqu'à part ces deux cas signalés, les autres

myomes ayant donné des graves hémorragies étaient tous des myomes gastriques localisés à une des faces de l'estomac.

Invagination intestinale

L'invagination intestinale, au contraire, est la grosse complication celle qui domine toute l'évolution des myomes sous muqueux. Disons de suite qu'elle n'est pas l'apanage seul des myomes sous-muqueux car les sous-séreux peuvent donner lieu eux aussi à des invaginations, mais moins fréquemment cependant.

Aussi étudierons-nous en détail cette invagination avec les modalités cliniques qu'elle peut présenter.

L'invagination intestinale des myomes se présente cliniquement sous deux formes :

— *l'invagination aiguë* ;

— *l'invagination chronique.*

Cette dernière est la plus fréquente, c'est elle que nous aurons surtout en vue dans ce travail.

Si nous lisons l'article de Delannoy sur l'invagination chronique, nous verrons que les tumeurs du grêle, les myomes en particulier, tiennent une grande place dans les causes de cette invagination :

Les causes de l'invagination chronique, en effet, nous dit cet auteur, sont les mêmes que celles de l'invagination aiguë avec toutefois ce correctif que la maladie prend son allure chronique ou récidivante à cause même de certaines de ces causes : un polype en effet (un myome donc aussi) entretiendra plus facilement une invagination à allure permanente ou récidivante de

même que toute autre altération de la paroi intestinale (tuberculose, foyer d'appendicite).

Donc au premier rang des causes d'invagination chronique, nous trouverons les tumeurs de l'intestin et surtout les polypes.

Leichtenstau signalait leur présence dans 5 % des cas. Le mémoire de Duchaussoy et ceux plus récents encore d'Axel-Odelberg et de Giorgi sur les lipomes du jéjuno-iléon, de Brocq et Hertz sur les fibro-myomes, de Kasemeyer ont montré la fréquence des tumeurs invaginées.

Cet auteur conclut donc (et ce en quoi nous sommes d'accord avec lui) en disant que en dehors des tumeurs malignes que l'on peut diagnostiquer grâce à certains symptômes propres tels que, hémorragies, altération de l'état général, ou autres symptômes, *les tumeurs bénignes du grêle, ne se révèlent le plus souvent que par une complication dont la plus importante et en même temps la plus fréquente semble être l'invagination.*

Si nous voyons en effet les statistiques, nous verrons par exemple que :

Heurtaux, sur 32 cas de myomes du grêle, compte 17 interventions sur lesquelles il y a 8 invaginations. Kasemeyer sur 116 invaginations compte

73 fois un polype ;
20 fois un lipome ;
23 fois un fibrome ;
1 tumeur maligne ou un myxome.

Nous pouvons encore citer à l'appui de ces faits, l'observation de Winthrop qui opérant un malade pour douleur abdominale trouve une série de 4 invaginations jéjuno-iléales, ayant à la tête de chacune une tumeur : adénome, adéno-carcinome.

Et si nous envisageons maintenant les tumeurs les plus fréquentes en cause, nous verrons que ce sont surtout les polypes ou adénomes.

Sur 156 observations de Germez nous trouvons le tableau suivant :

Fibro-myomes	8 cas
Polype avec adénome	18 cas
Lipome	4 cas
Sarcome, lympho-sarcome	5 cas
Myxomes	1 cas
Epithéliomas	8 cas
Lymphadénomes	1 cas
Tumeurs d'origine X	9 cas
	54 cas

Soit donc comme proportion 1/3 des cas par tumeurs.

Les observations de ces dernières années donnent du reste des résultats identiques.

Nous voyons donc en comparant toutes les statistiques et bibliographies, en tenant compte de toutes les observations publiées que l'invagination se présente comme une des complications les plus fréquentes des tumeurs myomateuses.

Cette invagination : complication et plus peut-être

encore symptôme (étant donnée la rareté et la pauvreté des signes fonctionnels) nous semble se présenter :

— soit sous une forme aiguë,

— soit sous forme chronique ;

— soit sous forme récidivante ou à répétition.

I. — Invagination aigue moins fréquente que l'invagination chronique peut cependant se voir dans certains cas. Nous la décrirons extrêmement rapidement.

Elle débute brusquement par des douleurs localisées d'abord et se généralisant rapidement à tout l'abdomen, douleurs violentes prenant le type de coliques ou encore sensations de torsion.

Des vomissements accompagnent ces douleurs d'abord alimentaires et très tardivement fécaloïdes.

Arrêt des matières et des gaz absolu et complet.

A la palpation de l'abdomen outre la douleur réveillée par cette manœuvre on trouve quelquefois une tumeur mollasse douloureuse et allongée : c'est le boudin d'invagination que l'on peut sentir à travers la paroi mais ce signe est extrêmement inconstant alors qu'il est presque toujours présent dans la forme d'invagination chronique. Si on le trouve dans cette forme aiguë, la tumeur siègera soit dans la fosse iliaque droite, soit dans la région épigastrique ou seulement encore ce sera le toucher rectal qui la mettra en évidence (sensation de museau de tanche).

Le signe le plus important de cette forme aiguë sera la présence de sang dans les selles, soit sang rouge vif, soit selles enduites de mucosités sanglantes. Au toucher rectal le doigt ramènera toujours du sang rouge.

Au point de vue état général on note rapidement l'apparition de signes d'intoxication de l'organisme ; le pouls est rapide, la langue sèche, le facies altéré et teint terreux.

Bientôt un tableau d'occlusion intestinale va se constituer analogue à celui que je décrirai ultérieurement.

II. — Invagination chronique, c'est la variété la plus fréquente, aussi c'est sur elle que nous nous étendrons surtout. Cette invagination chronique se caractérise par une série de symptômes communs ; son évolution par crise (sans que les symptômes s'amendent d'une manière complète entre les crises).

Ces grands signes en sont : *la douleur*, *la tumeur abdominale*, *le mœlena* auxquels s'ajoutent un syndrome *d'obstruction intestinal chronique*.

Ne voulant pas faire un tableau, ni une étude étendue de l'invagination chronique observée au cours des myomes intestinaux, je me bornerai simplement à une courte étude de ces symptômes.

La douleur, c'est le symptôme le plus constant et le premier en date.

C'est soit une douleur brusque, violente, en coup de poignard, prenant un individu en pleine santé apparente.

C'est le plus souvent une douleur *graduelle progressive* précédée de quelques prodromes, malaise, gêne abdominale.

Caractères à type de coliques ou de crampes avec accès douloureux paroxystiques.

Le *siège* de cette douleur est variable, au début quelquefois maximum au niveau du lieu d'invagination, souvent maximum dans la région ombilicale, dans les fosses iliaques ce qui contribue encore à faire errer le diagnostic, elle s'irradie et se diffuse rapidement à tout l'abdomen.

La tumeur abdominale est souvent le premier grand signe de l'invagination chronique, elle est constituée par la portion d'intestin invaginée et présente cependant des caractères spéciaux.

Alors qu'elle peut manquer ou difficile à trouver dans l'invagination aiguë, au contraire elle existe dans 82 % des cas dans l'invagination chronique.

Son siège est du reste variable et si nous prenons les chiffres donnés par Rafinesque d'après la statistique de Leichtensten des invaginations par tumeurs abdominales, nous verrons que :

	Tumeurs abdominales	Pourcentage
80 invaginations du côlon. .	41	52 %
27 » iléo-coliques	9	23 %
107 » du grêle. .	26	24 %

Dans les invaginations publiées par Gernez, dans sa thèse nous trouvons :

	Tumeur abdominale
Invagination jéjunale	4
» iléale.	14
» iléo-cæcale	43
» iléo-colique.	12

Invagination colo-colique	6
» du diverticule de Meckel .	2
» de l'appendice.	12

On voit donc que le siège est très variable selon même le siège de la tumeur ce qui donnera lieu à différentes sortes d'invaginations. Ce sont les variétés iléales et iléo-cæcales les plus fréquentes.

Cette tumeur présente quelques caractères à signaler :

Forme souvent allongée, cylindrique en « boudin » dans les fosses iliaques et transversales dans la région ombilicale ou sus-ombilicale. Souvent légèrement incurvée en dedans à cause de la traction du mésentère.

Volume variable.

Consistance : lisse ou bosselée. Souvent molle et élastique. Des contractions péristaltiques peuvent même être perçues à la main en deçà du boudin d'invagination, contractions que l'on peut mettre même en évidence à jour frisant.

Le plus souvent, sensible et douloureux à la pression. On a signalé cependant des cas où cette tumeur est d'une indolence remarquable ; enfin autre symptôme, cette tumeur varie dans son siège, et elle est essentiellement migratrice.

Tous ces caractères permettraient de diagnostiquer la tumeur par invagination, mais il faut bien dire que, dans beaucoup de cas, cette tumeur est mal perçue et même encore souvent impossible à percevoir.

Aussi un autre symptôme qui lui au contraire est

presque toujours constant prendra de ce fait une grosse valeur de diagnostic, c'est la :

Présence de sang dans les selles, signe décrit par Cruveilhier. Il ne manque en effet que dans 5 à 7 % des cas, et ces cas sont presque tous des invaginations chroniques.

La quantité et la qualité du sang est extrêmement variable, quelquefois on trouvera du sang rouge vif, de 100 à 160 gr. ; le plus souvent on observera des selles dysentériformes, muco-sanguinolentes, mélange de glaires et de sang ; les selles prennent un aspect noirâtre de goudron et le toucher rectal s'il ne fait pas sentir la tête de l'invagination ramènera toujours un doigt souillé de mucosités sanguinolentes.

C'est enfin associé à tous ces symptômes, un tableau d'obstruction chronique, très important et qui pour certains auteurs est caractéristique de l'invagination chronique.

Vomissements inconstants du reste et qui sont très tardifs, quand l'étranglement est complet, quand la péritonite est déjà déclarée ; bilieux, ils surviennent surtout par accès paroxystiques, rarement sanglants.

Enfin des troubles de l'évacuation intestinale : diarrhée, constipation.

La diarrhée, fréquemment signalée, est du reste une fausse diarrhée par hypersécrétion et colite.

L'occlusion qui dans l'invagination aiguë est un grand symptôme, manque peut-on dire presque constamment dans l'invagination chronique. L'occlusion n'est complète que pendant les crises paroxystiques, mais en

dehors le malade laisse aller les gaz ; il peut même avoir des matières normales et régulières ; le tout se terminant souvent par une débâcle diarrhéique.

Enfin l'on peut encore signaler des épreintes du ténesme rectal, et enfin du météorisme abdominal local ou général, et des modifications de l'état général dont la plus importante sera l'amaigrissement.

L'évolution de cette invagination chronique se présenterait :

— soit sous forme chronique d'emblée et continue, ce qui est du reste rare ;

— soit sous forme paroxystique, c'est celle-ci du reste qui est l'évolution la plus habituelle (douleur abdominale, selles diarrhéiques et sanguinolentes). Donc pas d'occlusion complète et évolution par crises ;

— soit sous forme récidivante, présentant à chaque fois une forme d'invagination aiguë.

Enfin signalons comme complications rares des *sténoses intestinales* ayant pu simuler de véritables sténoses pyloriques. Ces cas ont pu se présenter dans des myomes du jéjunum.

II. — Complications des myomes sous-séreux

Une grande complication la plus fréquente, la plus importante est *l'occlusion*.

La *torsion* se voit également mais elle est moins fréquente.

Occlusion.

L'occlusion intestinale est en effet une grande complication des myomes, elle se voit dans les myomes sous-muqueux aussi : elle détermine chez eux rarement l'occlusion complète.

Dans les myomes sous-séreux au contraire nous verrons apparaître un véritable tableau d'occlusion aiguë ? Elle est due à la coudure intestinale provoquée par le poids de la tumeur, c'est une complication fréquente et nous voyons que beaucoup de myomes intestinaux ont été opérés chez des malades atteints d'occlusion aiguë comme en font foi les observations que j'ai pu recueillir.

Son début est brusque par douleur abdominale et vomissements, mais en interrogeant le malade on retrouve le plus souvent un petit tableau d'obstruction chronique caractérisée par des poussées douloureuses avec vomissements, ballonnement du ventre, tous symptômes passagers du reste et se répétant sous forme de crises.

Sur ce tableau d'obstruction chronique se déclanche un jour brusquement une occlusion aiguë :

avec douleurs abdominales, d'abord localisées puis se généralisant rapidement à tout l'abdomen ;

vomissements alimentaires d'abord puis bilieux ;

arrêt des matières ;

arrêt complet des gaz.

Pas de température, bon état général à cette période, le pouls est bien frappé et régulier. Rapidement se constitue une occlusion aiguë typique ne présentant rien de bien particulier, et ressemblant à toute autre occlusion

intestinale : c'est à cause d'elle que l'on opérera le malade sans porter le diagnostic de la cause de l'occlusion, c'est l'intervention qui montrera qu'elle est due à un myome attirant par son poids et sa masse l'intestin provoquant ainsi une coudure de l'anse.

Ces cas d'occlusion sont nombreux et je reproduis ici l'observation de Brocq qui est tout à fait typique de cette occlusion par myome sous-séreux et dont la lecture sera plus instructive qu'une longue description.

Observation de Brocq et Hertz

M. M. Armand, âgé de 48 ans, entre le 24 avril 1921 à 18 h. dans le service de notre maître le Pr Lejars à Saint Antoine. Il est en état d'occlusion aiguë.

L'interrogatoire que l'état précaire du malade rend difficile révèle un début assez brusque des accidents par des douleurs dans le bas-ventre survenues le 18 avril. Depuis six jours il n'y a eu aucune expulsion de gaz ni de matières, ni d'ailleurs de selles sanglantes. C'est assez dire combien grave est l'état du malade. Le facies grippé, terreux, les yeux excavés, la langue sèche, la température à la normale tandis que le pouls bat à 110, tout démontre que l'organisme est déjà fortement intoxiqué. Les vomissements se sont répétés toute la journée, les derniers auraient eu l'apparence et l'odeur des vomissements fécaloïdes, le malade se plaint de douleurs intermittentes et violentes qui semblent traduire la lutte d'anses intestinales encore actives contre un obstacle. Il n'a pas uriné, dit-il, depuis 24 h. Il est difficile vu son état de faiblesse d'obtenir des renseignements précis sur son passé.

Cependant nous apprenons qu'il a eu deux autres crises du même type, la première il y a 15 ans ce qui reste douteux, la deuxième quatre mois avant l'accident actuel ce qui

paraît beaucoup plus important. Les crises antérieures, semble-t-il, n'ont entraîné qu'un état passager d'obstruction avec coliques, jamais il n'y eut de selles sanglantes.

Le ventre est modérément tendu. Le ballonnement généralisé est peu accentué. Mais tandis que tout l'abdomen est sonore, particularité frappante, la percussion révèle au-dessus du pubis la présence d'une zone de matité à convexité supérieure s'élevant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic, on pouvait penser à un globe vésical, or le cathétérisme de l'urèthre montre que la vessie est à peu près vide... le toucher rectal ne révèle pas de tumeur, mais il semble que le Douglas bombe dans la paroi rectale antérieure et la pression du doigt sur ce point est douloureuse.

Intervention à 19 heures. — Anesthésie rachidienne.

Le relâchement de la paroi due à l'anesthésie nous permet de sentir une masse dure médiane, dont le bord supérieur assez régulièrement convexe s'élève à mi-distance du pubis à l'ombilic. Cette constatation nous fait rejeter la simple entérostomie et nous paraît être une indication formelle à la laparotomie.

Dès l'ouverture de l'abdomen apparaît une tumeur violacée brillante, à contours mamelonnés, plus grosse qu'un poing d'adulte reposant sur les berges du bassin et les débordant largement par en haut. Elle se présente somme toute avec l'aspect d'un gros fibrome pédiculé de l'utérus.

Une main glissée derrière la tumeur l'extériorise facilement, car elle n'est nullement adhérente. Avec elle on entraîne une anse grêle à laquelle elle est appendue, par un fort pédicule de calibre à peu près égal à celui du grêle. Cette tumeur coude l'intestin par son poids et présente en outre une torsion incomplète sur son axe dans les sens des aiguilles d'une montre.

L'implantation se fait près du bord libre de l'iléon et à 60 centimètres environ de l'angle iléo-cæcal. L'intestin au niveau de l'insertion et le large pédicule de la masse sont

de coloration violet foncé avec des taches noirâtres et présentent à leur surface quelques fausses membranes, les anses grêles sont distendues et rouges congestionnées,ecchymotiques par points et portent en maints endroits surtout au niveau de l'anse malade, des coagulats fibrineux. Il y a donc dans la cavité pelvienne quelques cuillerées de liquide bouillon sale, légèrement sanglant, d'odeur fétide. La péritonite en évolution est manifeste.

Considérablement gênés par la distension de l'iléon en amont de la tumeur, par des gaz et des matières liquides, nous ponctionnons l'intestin avec un trocart avec les précautions de mise en pareil cas. Il s'écoule ainsi deux litres de liquide dont la fétidité est extrême. Enfouissement de l'orifice de ponction sous deux surjets en bourse dont le premier était faufilé à l'avance.

Après les mesures de protection habituelle nous pratiquons la résection du segment d'intestin qui porte la tumeur (10 cm. environ).

Une suture circulaire bout à bout en deux plans termine l'opération. Un drain est glissé dans le Douglas, un autre est laissé au contact de la suture termino-terminale. Le ventre est fermé en trois plans.

Le malade meurt au quatrième jour.

Examen macroscopique de la pièce.

La tumeur a la forme et le volume d'une énorme poire, la surface lisse, brillante et irrégulièrement bosselée, *elle pèse 585 gr.* ; sa consistance dure et élastique donne l'impression d'une masse charnue.

Elle est implantée sur l'iléon latéralement tout près du bord libre à 2 cm. du bord mésentérique.

Sa paroi postérieure se continue sans démarcation avec la face homologue de l'intestin, sa face antérieure présente un sillon de torsion qui part de l'anse coudée et traverse obliquement le pédicule. Le mot de pédicule est en réalité impropre, car il évoque l'idée d'une implantation étroite alors

qu'il s'agit d'une implantation dépassant le calibre de l'anse grêle.

L'ouverture de l'intestin selon son axe montre que la muqueuse au niveau de la tumeur se déprime en une petite cupule de la dimension d'une pièce de deux francs. Sur ce point la muqueuse très amincie a perdu son aspect villeux, tout autour elle redevient normale. Cette muqueuse distendue, transformée semble-t-il, tapisse le pôle intestinal de la tumeur tandis que sa face externe est recouverte de péritoine. La masse charnue qui la compose ne crie pas sous le couteau, lorsqu'elle est ainsi divisée en deux valves l'on se rend compte qu'elle est entourée d'une forte capsule Au niveau de son implantation la tumeur coiffée de la muqueuse est séparée par une profonde rigole circulaire de la paroi musculo séreuse de l'intestin qui va tapisser sa capsule d'enveloppe, la masse charnue qui la constitue semble formée de couches plus ou moins concentriques de couleur rouge lie de vin, avec un centre rose diffluent, creusé de petites cavités irrégulières et présentant l'odeur caractéristique de la nécrobiose.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'on était en présence d'un léiomyome avec début d'involution fibreuse

Nous conclurons en disant comme Brocq :

« Les occlusions intestinales aiguës dont il est souvent « impossible de diagnostiquer la cause avant l'interven- « tion obligent dans certaines circonstances à faire la « laparotomie dans de mauvaises conditions et réservent « parfois des surprises à l'opérateur ».

Torsion.

A côté de cette grosse complication nous pourrons en citer une autre plus rare ; la *torsion*. Par un méca-

nisme analogue sans doute à la torsion des kystes ovariens, on peut observer dans certains cas des torsions de myomes : il faut pour cela que le myome sous-séreux soit implanté par une base petite et un long pédicule.

Cette torsion donne un syndrome douloureux abdominal sans température analogue à la torsion d'un kyste ovarien : même début brutal, même douleur violente avec un maximum, mais cette torsion pure au début se complique rapidement de phénomènes occlusifs intestinaux et à l'intervention on trouve le plus souvent associés ces deux facteurs : torsion de myome sur son pédicule et coudure intestinale.

Les observations du reste ne sont pas nombreuses, un ou deux cas seulement.

Le plus typique est le cas publié par Hegi d'une femme de 54 ans entrée pour accidents d'ileus (la première crise ayant apparu deux jours avant et ayant cédé aux moyens médicaux) mauvais facies, ventre ballonné et douloureux, tumeur sentie dans la région paraombilicale.

A la laparotomie médiane on trouve un intestin rouge, dilaté sans exsudat, la tumeur est implantée sur une anse grêle qu'elle coude et obstrue, le pédicule de la tumeur est tordu sur lui-même. La tumeur était du volume d'une tête d'enfant, c'était un myome sous-séreux dont la partie moyenne était en état de dégénérescence nécrotique.

A côté de ces grandes complications nous pourrons citer des *complications plus rares communes aux deux sortes de myomes*, ce sont :

Gangrène myomateuse

Nous avons vu plus haut qu'elle est due pour certains auteurs à l'infection de l'ulcération de la muqueuse intestinale (donc surtout fréquente dans les myomes sous-muqueux), pour d'autres auteurs à l'oblitération vasculaire.

Cette gangrène donne lieu à une nécrose du myome et dans certains cas nous pourrons voir apparaître une péritonite secondaire due à la perforation du myome en péritoine libre. Ces cas sont la rareté, je n'en ai retrouvé qu'un seul signalé, c'est celui de G. Botstiber : c'était une femme de 61 ans souffrant depuis quelque temps de douleur abdominale et de diarrhée avec vomissements, mauvais état général, pouls à 140 et péritonite.

Laparotomie : Dans le petit bassin, liquide bilieux trouble, fausse membrane derrière la vessie, on trouve une tumeur molle et friable, saignante, tumeur appendue à l'intestin ce qui oblige à une résection : drainage. Mort.

Cette tumeur était en effet perforée dans le sens de la longueur, cavité communiquant avec la cavité intestinale. L'examen histologique montra qu'il s'agissait en effet d'un myome.

Fezter, de Vienne, a également rapporté un cas de perforation de myome dans la grande cavité mais il s'agissait déjà d'un myome en voie de dégénérescence sarcomateuse.

Dégénérescence.

La dégénérescence des myomes en effet peut se voir, les cas sont peu connus. Cette dégénérescence est soit muqueuse, soit graisseuse, soit encore hyaline ; c'est surtout la *dégénérescence sarcomateuse* qui est signalée : tumeurs se présentant comme de véritables cancers primitifs et comme le dit Mayo : les cas de longue survie publiés à la suite d'opération pour cancers intestinaux ne sont sans doute que des myomes en voie de dégénérescence.

Enfin citons pour terminer que les myomes sous-muqueux polypoïdes peuvent, semble-t-il, se libérer à la faveur des mouvements de l'intestin et être expulsés par les voies naturelles comme de véritables corps étrangers...

II. — FORME GÉNÉRALISÉE DES MYOMES INTESTINAUX OU MIEUX ENCORE MYOMATOSE GÉNÉRALISÉE DU GROS INTESTIN

A côté de ces formes de myomes intestinaux *localisés* se présentant sous forme de tumeurs intestinales développées au dépens de la paroi de l'intestin, soit sous forme sous-séreuse, soit sous forme sous-muqueuse et décrites déjà par quelques auteurs.

Nous décrirons une nouvelle forme de myomes intestinaux se présentant au contraire sous forme de *lésions étendues et généralisées à toute la paroi du gros intestin*, envahissant toute l'étendue de cette paroi, constituant une véritable *dégénérescence bénigne étendue* et entraînant à la fois des troubles fonctionnels et mécaniques aboutissant à une maladie de Hirschsprung ou mégacôlon.

Cette forme ayant été le point de départ de cette étude, je la décrirai pour terminer en insistant encore une fois sur le fait qu'elle semble n'avoir *jamais été signalée ni décrite* par aucun auteur dans les *Annales Médicales*.

Cette forme en effet sera intéressante à connaître, non seulement à cause même de l'intérêt scientifique qu'elle

entraîne, mais encore par la façon dont elle se présente macroscopiquement et cliniquement.

Cette myomatose généralisée se présente en effet macroscopiquement de trois façons différentes :

— soit sous forme de petites nodosités bourrant et soulevant la paroi intestinale ;

— soit sous une forme plus étendue envahissant la totalité même de la paroi et indurant et épaississant celle-ci dans son entier ;

— soit enfin, sous forme de tumeurs sténosantes de la paroi intestinale.

1° Nodosités.

Ce sont en effet de petites tumeurs d'aspect blanc-jaunâtre disséminées sur toute l'étendue du gros intestin. Leur forme en est variable, le plus souvent lisse et arrondie, de consistance dure et ferme.

Leur volume variant également d'un simple petit grain de millet à une noisette. Les grosses tumeurs myomateuses observées dans certains cas de myomes localisés du grêle semblent ne pas exister dans cette forme de myomatose généralisée du gros intestin.

Leur siège variable peut se trouver à n'importe quel endroit du gros intestin, seul le haut rectum semble indemne. Ces tumeurs comme le myome localisé se développent soit au dehors sous forme de petites nodosités sous-séreuses, soit au contraire en dedans sous-muqueuses et cette muqueuse elle-même est rouge, tuméfiée mais intacte. En somme, ce qui les différencie des

myomes localisés, c'est leur abondance, leur généralisation et leur taille plus restreinte.

2° Infiltration.

A côté de ces nodosités, cette myomatose se présentera sous une forme totalement différente, c'est un *envahissement de la paroi* colique, ne respectant que la séreuse et la muqueuse. La paroi intestinale était envahie et épaissie, « deux ou trois fois son diamètre normal » elle est entièrement indurée, d'aspect blanchâtre. Cette lésion ferait penser au premier abord à une tuberculose intestinale, elle est du reste généralisée elle aussi et l'on peut en retrouver la trace en tout endroit quelconque du gros intestin.

3° Tumeur sténosante.

Enfin, une forme très particulière et qui prêterait beaucoup à confusion, c'est la forme de myomatose à tumeur sténosante, extrêmement intéressante à connaître, car cette tumeur bénigne se présente macroscopiquement comme une tumeur maligne, elle la simule non seulement par son siège (nous la trouvons en effet au lieu même d'élection du cancer gauche recto-sigmoïdien ou sigmoïdien) mais encore par son aspect de tumeur dure infiltrant toute la paroi intestinale et tumeur sténosante étranglant entièrement la lumière intestinale simulant véritablement un cancer en ficelle du côlon. Seule, à la coupe une différence capitale, la muqueuse est *saine* entièrement respectée.

Ces trois formes, nodosités, induration, tumeurs sté-

nosantes, sont toutes associées dans cette myomatose généralisée, la tumeur sténosante *localisée seule* à la région sigmoïdienne, les deux autres au contraire disséminées sans localisation particulière sur toute l'étendue du gros intestin.

Ceci a du reste un gros intérêt pour comprendre la formation du *mégacolon* qui semble l'évolution de cette myomatose et qui en constitue la grande complication. Mégacôlon qui se développe lentement, chroniquement, deux causes mécaniques y président tenant à la fois : 1° De la dégénérescence de la paroi intestinale qui se laissera ainsi distendre facilement l'élément élastique et musculaire étant dégénéré et 2° de la simple cause mécanique apportée au transit intestinal par cette tumeur sténosante qui rétrécit presque complètement la lumière intestinale. Le développement mécanique de ce mégacôlon se comprendra donc facilement d'une part grâce à l'altération des parois et d'autre part grâce à la tumeur sténosante bas située. Cette façon de voir et d'envisager la pathogénie du mégacôlon dans le cas qui nous occupe semble en effet en plein accord avec plusieurs auteurs qui eux ont signalé des mégacôlons à la suite de troubles mécaniques. Si par exemple, nous lisons l'article de Bensaude et Hillemand dans les *Annales de Médecine* de décembre 1922, nous verrons qu'ils envisagent deux pathogénies au mégacôlon ou maladie de Hirschsprung :

1° Un mégacôlon iodiopathique ou maladie de Hirschsprung, vraie maladie congénitale due à une malformation préexistante à la naissance et se voyant dans des familles de malades atteints de hernie, d'inversion

d'organes, de doigts surnuméraires, de spina-bifida, etc..., etc... ;

2° Un mégacôlon ou maladie de Hirschsprung syndrome, d'origine purement mécanique et comme l'a bien montré Marfan et Kongetzny résultant de diverses causes mécaniques entraînant différentes modifications secondaires par stase fécale : tels sont par exemple des mégacôlons survenant à la suite de coudure de l'intestin, de torsion intestinale de replis ou valvules formant diaphragme, de spasme, d'hypoplasie de la muqueuse intestinale, d'hypoplasie des éléments élastiques de la paroi et des vaisseaux, etc..., toutes causes donc, comme on le voit, apportant un obstacle au transit intestinal, et siégeant comme le montre Bensaude surtout dans la région sigmoïdienne, entraînant une stase fécale et dilatation secondaire du côlon ; il conclut en effet en disant : « En dehors de la maladie de Hirschsprung vraie congénitale, dans la plupart des cas, il s'agit d'un mégacôlon s'accompagnant de lésions d'hypertrophie et de dilatation qui se développent après la naissance du fait d'un obstacle placé vers l'union du rectum et de l'S iliaque, quelle que soit la nature de cet obstacle. Le mégacôlon est donc le plus souvent tout comme le méga-œsophage, secondaire à une cause mécanique ou fonctionnelle. L'obstacle est acquis ou d'origine congénitale ; dans ce dernier cas les conséquences peuvent ne se faire sentir que plusieurs mois ou plusieurs années après la naissance, de même qu'une lésion congénitale du cœur peut rester latente pendant longtemps et ne se révéler que lorsque avec l'âge le travail du cœur augmente ».

Bien que notre malade présente comme nous l'avons vu certaines déformations osseuses mal étiquetées du reste (d'origine congénitale semble-t-il) nous ne croyons pas cependant que ce mégacôlon soit un mégacôlon vrai comme l'a décrit Hirschsprung. Il nous semble en effet que les conclusions de Bensaude et Hillemand sur le mégacôlon mécanique soit en plein accord avec la pathogénie émise plus haut. Cette myomatose généralisée du gros intestin entraîne :

1° Une diminution des contractions intestinales par altération des parois ;

2° Un obstacle sigmoïdien au passage des matières fécales sur lequel celles-ci s'arrêteront poussées par la vis-à-tergo.

D'où formation d'un mégacôlon.

Si nous avons insisté sur le mégacôlon et sur sa pathogénie possible dans ce cas, c'est que cette myomatose généralisée du gros intestin n'a elle aussi que peu ou pas de symptomatologie propre et qu'elle est dominée entièrement par la symptomatologie de ce mégacôlon. Quoique tardif et secondaire, il dominera cependant le tableau clinique.

Symptomatologie de la myomatose généralisée du gros intestin

Comment en effet se présente en clinique la symptomatologie de la myomatose généralisée du gros intestin ?

Etant donné que rien encore n'a été dit ni décrit sur cette affection, semble-t-il unique jusqu'à présent, nous ne pouvons nous baser pour l'établir que sur l'observation attentive de notre malade.

Aussi est-elle sans doute un peu sujette à modifications ou à erreurs, je ne la donnerai donc pas comme absolument définitive, car d'autres cas pourraient être plus tard rapportés, ce qui pourrait modifier beaucoup le tableau que j'en donne.

Début : toutefois, il semble que le début de cette affection soit extrêmement lent et insidieux restant pendant des années sans donner de troubles particuliers.

La constipation, au début en est le seul symptôme. En interrogeant à fond notre malade, nous avons appris qu'elle était une constipée depuis des années. En effet, âgée actuellement de 36 ans, cette constipation aurait existé depuis son enfance, constipation entière car

même déjà à ce moment elle restait des dix et douze jours sans aller à la selle.

Pendant longtemps, cette affection restera muette demandant des années pour se manifester.

La constipation dominera toujours toute la symptomatologie, de plus en plus tenace, de plus en plus accentuée elle ne cédera qu'avec difficulté aux lavements et purgatifs.

Des troubles intestinaux minimes au début se manifesteront outre la constipation par quelques épreintes des crises de diarrhée simulant de véritables entérites alternant de temps à autre avec la constipation.

Y a-t-il des hémorragies intestinales ?

Dans notre cas, nous avons interrogé attentivement notre malade ; à aucun moment elle ne présenta de sang dans ses selles, jamais de sang rouge, jamais même de selles noirâtres qui auraient pu témoigner d'une hémorragie ayant séjourné quelque temps dans l'intestin. Nous n'en conclurons pas cependant que les hémorragies intestinales n'existent pas, car dans cette myomatose nous avons signalé qu'il y avait non seulement des petits myomes sous-séreux, mais aussi des petits myomes sous-muqueux et nous avons vu que ces derniers donnent souvent des hémorragies intestinales. Il n'y a donc aucune raison pour que les hémorragies intestinales n'existent pas dans cette forme ; peut être pourrait-on dire tout au plus que ces hémorragies doivent exister mais moins abondantes que dans les formes localisées à cause même du volume plus restreint de ces tumeurs.

En dehors de cela, *quelques douleurs* sous forme de coliques et peut-être un certain retentissement sur l'état général. Nous trouvons en effet, chez notre malade, un léger amaigrissement.

Evolution

L'évolution de cette myomatose est longue, s'étage sur des années pendant lesquelles le tableau clinique est extrêmement réduit et pratiquement un seul symptôme domine : la constipation.

Les autres symptômes étant tout à fait au deuxième plan et très inconstants.

Complications

Cette évolution de la myomatose du gros intestin se fait vers une complication qui apparaîtra elle aussi tardivement et à bas bruit : *c'est le mégacôlon généralisé.* Constitué, il va à ce moment dominer la scène. Dans le cas de notre malade, cette myomatose qui semble avoir débuté très tôt vers l'âge de dix à douze ans, ne s'est en somme manifestée que vers 20 à 25 ans après, et par des troubles causés par ce mégacôlon. C'est en effet à ce moment que la malade vient seulement consulter pour un ensemble de symptômes relevant plus du mégacôlon que de la myomatose elle-même. Comme pour les myomes localisés du grêle où l'invagination est la phase ultime de la maladie, le mégacôlon sera ici la complication majeure de la myomatose généralisée des côlons.

C'est donc sa symptomatologie qui à ce moment domine le tableau clinique.

La constipation constante, toujours très marquée, ne cédant qu'aux laxatifs, purgations ou lavements.

Les gaz sont très rares.

Les évacuations de matières quand elles se produisent sont très abondantes, les selles sont le plus souvent molles, pâteuses, enduites de glaires et d'odeur très fétide.

Le météorisme abdominal est une conséquence fatale du mégacôlon, plus ou moins accentué, se fait progressivement. Chez notre malade, du reste, nous signalerons au contraire que ce météorisme était relativement peu marqué par rapport au volume énorme de l'intestin dilaté.

La percussion de l'abdomen montre le *tympanisme généralisé* avec diminution de la matité hépatique, la matité splénique a disparu.

Dans les cas classiques de mégacôlon, on décrit, outre ce symptôme, la présence d'une tumeur animée de mouvements péristaltiques, nous ne l'avons nullement trouvée chez notre malade, et je crois que dans ce mégacôlon d'origine myomateuse cette tumeur classiquement décrite ne doit pas exister. Due, en effet, aux contractions intestinales exagérées pour expulser les matières et les gaz, accompagnées de douleurs abdominales spasmodiques, la fibre musculaire longitudinale et circulaire en cas de myomatose est tellement en état de dégénérescence qu'elle ne peut lutter et se contracter pour donner lieu à l'apparition de tumeurs péristaltiques.

Outre ces symptômes, on constatera la présence de

fécalomes, les matières s'accumulent en certains endroits du gros intestin où la stase fécale est plus marquée, elles durcissent petit à petit formant de volumineuses tumeurs d'une dureté de pierre véritables calculs ou pierres stercorales. C'est au niveau de l'anse sigmoïde au-dessus d'un rétrécissement, au niveau de l'angle splénique (hépatique plus rarement) et dans la région cæcale que la stagnation des matières est plus grande et que donc nous trouverons ces fécalomes. Dans le cas particulier de notre malade, nous les avons trouvés en effet dans la région sigmoïdienne, à la base de l'anse, à la limite du côlon fixe et mobile et dans la région splénique. Ces fécalomes se reconnaissent cliniquement par leur situation coexistant toujours avec des troubles digestifs et intestinaux.

Ils se présentent sous la forme de tumeurs très dures ou mollasse, régulières, insensibles, deux signes ont été classiquement décrits pour les reconnaître:

— c'est le signe de Hofmokl pour les fécalomes mous : en déprimant fortement la paroi avec le doigt, on imprime sur la tumeur un godet qui persiste même après que l'appui du doigt a cessé ;

— c'est le signe de Gersuny en cas de fécalomes durs en déprimant la paroi abdominale sur une tumeur fécale et en diminuant peu à peu la pression on sent la muqueuse glisser sur la tumeur.

Le toucher rectal, que l'on devra pratiquer toujours montrera une ampoule rectale saine et vide et quelquefois à bout de doigt on reconnaîtra une sténose haut située sur la région recto-sigmoïdienne.

La rectoscopie sera également nécessaire; elle mettra en évidence s'il y a ou non lésion sigmoïdienne; elle permettra d'apprécier son siège exact, son aspect et au besoin grâce à elle on pourra pratiquer une biopsie pour reconnaître la lésion en jeu.

Cette rectoscopie présente de grands avantages et comme le dit Bensaude :

1° Elle constitue le moyen le plus rapide et le plus simple pour faire le diagnostic de l'affection ;

2° Elle permet souvent de constater s'il y a ou non un obstacle et quelle est la nature de cet obstacle.

Dans le cas de notre malade cependant la rectoscopie n'a pu nous rendre aucun service.

L'examen radioscopique et radiographique fournit également des indications du plus haut intérêt.

Dans certains cas, sans aucune préparation, le passage du malade derrière l'écran peut donner des renseignements par la simple présence d'une aérocolie consi. dérable avec refoulement des organes.

Le plus souvent on pratique, comme dans notre cas, un examen après lavement et injection de bouillie barytée.

Lavement (procédé de choix), demande une grande quantité de liquide (5 à 6 litres). Passant dans le rectum ; le liquide marque un temps d'arrêt au niveau de la sténose sigmoïdienne puis s'étale et s'élargit dans l'S iliaque un, deux, trois litres passent ainsi sans que le transverse se dessine, petit à petit cependant celui-ci s'injecte et l'on voit au bout d'un certain temps tout le côlon injecté augmenté de longueur et dont la largeur

est triplée et même quadruplée remplissant ainsi toute la cavité abdominale. C'est une image typique de mégacôlon.

En dehors de ces symptômes cliniques, quelques douleurs abdominales sont à signaler de même que quelques troubles respiratoires, crises de dyspnée, douleurs précordiales.

Un certain amaigrissement traduit le retentissement sur l'état général.

PRONOSTIC

Le pronostic des myomes intestinaux est essentiellement variable.

Dans certains cas les myomes passeront complètement inaperçus ne donnant lieu à aucun symptôme et ne seront découverts que fortuitement : donc d'un bon pronostic.

Dans d'autres cas au contraire ils donneront lieu à de graves accidents soit hémorragies, soit invagination ou occlusion. Le pronostic comme le pronostic même de ces affections dépendra essentiellement de la précocité de l'intervention.

Mais ici au contraire il sera mauvais, car l'on pratiquera une opération grave : la résection le plus souvent sera faite chez un malade intoxiqué, infecté, donc dans les plus mauvaises conditions.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des myomes intestinaux est pratiquement impossible à faire en clinique.

La douleur, la tumeur rarement constatée, la constipation, les hémorragies sont autant de symptômes non caractéristiques et sujets aux variations les plus grandes.

Nous insisterons malgré tout, encore ici, sur les hémorragies intestinales, seul symptôme important qui pourrait faire poser le diagnostic de myome... mais souvent l'on n'y songe même pas...

Aussi peut-on dire que jamais le diagnostic de myome n'est posé, que toujours l'on opérera les malades pour toute autre chose. Nous pouvons conclure que dans tous les cas le myome est une découverte opératoire.

Les tumeurs malignes de l'intestin seront, comme aux complications, confondues avec les myomes. Elles seront plus reconnaissables, car elles se développent chez des gens âgés, avec état général altéré, suintement sanglant continuel, mœlena, amaigrissement, la radioscopie ou la radiographie rendront de grands services. Rappelons que pour Mayo certaines tumeurs malignes de l'intestin sont des myomes dégénérés.

Toutes les autres tumeurs bénignes de l'intestin : polype, adénome, angiome, lipome, sarcome, pourront donner lieu aux mêmes caractères que les myomes et cliniquement le diagnostic sera impossible, il le sera souvent même encore macroscopiquement la pièce sous les yeux. N'avons-nous pas vu en effet que les myomes peuvent donner lieu à des tumeurs kystiques hématiques, ressembler à des lipomes etc. ?? l'examen histologique seul tranche les doutes.

Toutes *les lésions chroniques, entérite, entéro-colite dysenterie* poseront des problèmes de diagnostic.

Nous avons vu que dans certains cas l'hémorragie intestinale sera abondante. C'est encore avec des lésions telles que *ulcus gastrique*, surtout *ulcus duodénal* que les myomes pourront être confondus, surtout lorsque ceux-ci s'accompagnent d'abondantes et graves hémorragies, qui pourraient s'imposer pour des hémorragies symptomatiques d'ulcus : (nous avons vu que Rosenow avait opéré un malade pour ulcus duodénal en raison de l'importance du mœlena alors qu'il s'agissait d'un myome du jéjunum).

La douleur fait encore errer le diagnostic : quelques cas de malades en effet ont été opérés pour *appendicite chronique*, pour *lithiase biliaire* et qui n'étaient autre que des myomes intestinaux.

La tumeur que dans quelques rares cas l'on a pu sentir elle aussi causera des erreurs de diagnostic : ce seront toutes les *tumeurs abdominales* qui pourront être confondues avec elle, nous ne les passerons pas en revue, contentons-nous de dire qu'une *hydro-cholécystite*,

que le *kyste de l'ovaire* ont été confondus avec ces myomes et c'est seulement l'intervention qui a montré l'erreur.

Résumons donc ce diagnostic en disant que tous les symptômes des myomes sont inconstants, infidèles et trompeurs, et ce sera surtout donc le diagnostic des complications qui se posera.

Diagnostic de l'invagination chronique

Ce diagnostic peut être fait en se rappelant que nous ne sommes pas en présence d'une occlusion complète. Les grands symptômes (que nous avons décrits à l'invagination complication) la douleur, la tumeur abdominale la présence de sang dans les selles, enfin l'obstruction intestinale concomitante, et l'amaigrissement, sont autant de symptômes qui analysés avec soin permettront de faire faire le diagnostic d'invagination chronique.

Enfin, certains auteurs ont préconisé la radioscopie avec injection de lavement ; mais elle donne des résultats très inconstants et elle nous semble sinon inutile du moins dangereuse, pouvant déterminer quelquefois une occlusion complète.

La *dysenterie chronique* peut égarer le diagnostic avec ses épreintes, ses selles muco-sanguinolentes, les modifications de l'état général ; mais les antécédents de malade colonial, l'examen des selles décelant la présence d'amibes permettront malgré tout d'écarter cette affection avec une certaine facilité.

L'*appendicite* constitue souvent aussi une cause d'er-

reur, car une invagination iléo-cæcale pourrait prêter à confusion ; diagnostic qui du reste a été bien souvent réformé au moment de l'intervention. Ce ne serait que pour la forme aiguë de l'appendicite où l'erreur de diagnostic serait plus funeste car elle influencerait sans doute beaucoup le chirurgien sur la date de l'intervention ; mais l'examen attentif des signes de l'appendicite aiguë ne doit pas faire trop errer le diagnostic.

La *tuberculose iléo-cæcale* peut être confondue. Souvent l'on opèrera des malades pour bacillose alors que l'invagination intestinale seule était en cause.

Le *cancer de l'intestin*, *le cancer du côlon*, présente de grandes analogies symptomatiques avec l'invagination, obstruction chronique, hémorragies, selles muco-sanguinolentes, tumeur. Mais on pensera plutôt à un néoplasme de l'intestin en présence d'un sujet âgé, présentant des troubles intestinaux et une grosse atteinte de l'état général.

Le volvulus du côlon pelvien, le cancer du grêle, le rein mobile, une hydronéphrose et une cholécystite ont été confondus également avec une invagination, je signale ces erreurs possibles sans du reste m'y appesantir...

Le diagnostic de l'invagination posé reste à faire le diagnostic de la cause ; ici il est souvent impossible de dire à quoi est dû l'invagination, dans certains cas cependant grâce aux antécédents du malade on pourra poser le diagnostic d'invagination par appendicite, tuberculose intestinale, mais pour les invaginations par tumeurs intestinales, c'est l'intervention qui donnera la

clef du diagnostic en nous montrant soit un myome localisé ou tout autre tumeur de l'intestin telles que polype, lipome, sarcome, etc...

Diagnostic de l'occlusion

Le diagnostic de l'occlusion intestinale sera facile à poser : la douleur, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, plus tard le météorisme, le ballonnement du ventre, l'altération rapide de l'état général seront autant de facteurs qui ne permettront pas de passer à côté du diagnostic.

Mais si reconnaître l'occlusion est chose facile, plus difficile au contraire sera de diagnostiquer la cause de cette occlusion.

Jamais dans aucune des observations je n'ai vu poser le diagnostic d'occlusion par myome, on pensera aux occlusions par bride, adhérence, étranglement interne, lithiase, tuberculose, volvulus, etc... avant de penser aux occlusions par tumeurs intestinales bénignes, c'est une fois le ventre ouvert que l'on y pense... il est du reste plus logique de penser à toute autre cause qu'à celle-ci étant donnée leur grande rareté.

Sur la torsion qui posera le diagnostic avec la torsion du kyste de l'ovaire et tous les syndromes douloureux abdominaux nous ne pourrons, comme pour l'occlusion intestinale, que dire et répéter les mêmes conclusions.

TRAITEMENT

Essentiellement différents selon que l'on aura à faire à un myome localisé ou généralisé et selon qu'il sera pur ou compliqué.

En cas de myome pur non compliqué

A. — *Si la tumeur n'est pas pédiculée*, il faut comme le conseille Bendolan toujours essayer de faire une énucléation, véritable myomectomie.

Si cette opération est impossible soit parce que la tumeur est trop adhérente ou ulcérée, soit par ce que les myomes sont multiples et que l'énucléation entraînerait de trop gros dégâts, il ne faut pas hésiter à pratiquer une résection intestinale avec suture termino-terminale ou mieux encore latéro-latérale.

B. — *Si le myome est pédiculé*, on peut dans certains cas de myome à base étroite, à long pédicule faire une simple excision de la base d'implantation avec fermeture de la brèche intestinale. Mais le plus souvent cette base est large et étalée et la simple exérèse ne permettrait plus de faire la suture de l'intestin car elle

rétrécirait trop la lumière intestinale, c'est donc encore à la résection que l'on aura recours comme dans le cas précédent.

En cas de myome compliqué

Dans l'invagination :

Le traitement chirurgical est encore seul de mise, pas de traitement médical, pas de tentative de désinvagination par entéroclyse abondante ou d'insufflation d'air. La laparotomie s'impose sitôt le diagnostic posé. L'invagination trouvée, après les tentatives de désinvagination faites ou non avec succès, on trouve la cause de cette invagination sous forme de tumeur intestinale. Il ne faudra pas se borner à la simple désinvagination et fixation de l'anse ; quel que soit *l'état de l'anse*, du moment qu'il y a tumeur : c'est une indication formelle à la *résection* : Il ne faut pas oublier en effet que la désinvagination une fois faite, il reste des lésions d'inflammation chronique, tant de l'intestin que du mésentère qui font de ce segment intestinal un lieu d'élection pour les récidives, raison de plus si on laissait en place le myome, cause même de cette invagination.

Inutile d'ajouter que si l'anse invaginée est gangrenée, l'indication est encore plus formelle et ne se discute même pas.

Presque tous les auteurs ont fait la résection en un temps avec entérorraphie immédiate, peut être dans certains cas graves, faudrait-il lui préférer la résection en deux temps après anastomose de dérivation.

Dans l'occlusion :

La conduite est la même. Deux choses sont cependant à discuter.

L'entérostomie simple, cela me semble une mauvaise et insuffisante opération, elle ne vise en somme que la vidange de l'iléon distendu en amont, et elle laisse dans l'abdomen la coudure intestinale, la torsion possible du myome avec sa menace de gangrène du pédicule et même de l'anse... il faut la rejeter.

L'entérectomie avec abouchement des deux bouts du grêle à la peau peut être encore discuté, mais on sait la gravité de cette opération et combien en somme elle est peu recommandable.

Ici la simple exérèse de la tumeur ne pourra pas se pratiquer. Il ne faut pas oublier que nous avons à faire à une tunique intestinale œdématiée, rougeâtre, où les sutures ne tiennent pas, l'anse le plus souvent est en état de sphacèle imminent et de plus le calibre et la base d'implantation du pédicule sont trop étendus pour permettre cette opération.

Je conclurai donc en disant qu'ici aussi, c'est encore à la *résection intestinale* à laquelle il faudra avoir recours, c'est la seule intervention logique malgré la gravité exceptionnelle de cette opération chez un malade en période d'occlusion aiguë.

Enfin *dans la myomatose généralisée du gros intestin avec mégacolon* nous avons pratiqué une opération en plusieurs temps.

1° Colectomie totale avec abouchement à la peau :

a) de la partie terminale de l'iléon dans la fosse iliaque droite ;

b) de la portion restante de l'anse sigmoïde sur la ligne médiane.

2° Anastomose latéro-terminale iléo-sigmoïdienne sur drain en laissant en place l'anus iliaque comme voie de dérivation ;

3° Fermeture de cet anus iliaque.

Sachant en effet la gravité des colectomies et des opérations en un temps, cette conduite nous a paru sage. Il semble du reste que les événements nous aient donné raison puisque notre malade a guéri complètement ayant supporté sans shock ces divers temps opératoires.

CONCLUSIONS

Les myomes intestinaux sont des tumeurs bénignes de l'intestin, ils sont extrêmement rares et se présentent sous deux grandes formes anatomiques et cliniques :

1° *Une forme localisée* pouvant siéger à la fois sur le grêle et sur le gros intestin et se présentant sous forme de tumeurs ou sous-muqueuse ou sous-séreuse.

2° *Une forme diffuse ou généralisée du gros intestin, véritable myomatose* entraînant une dégénérescence de la paroi. Elle se présente :

— sous forme de petites tumeurs sous-séreuses et sous-muqueuses ;

— sous forme d'infiltration de la paroi du côlon ;

— sous forme enfin de tumeur sténosante sigmoïdienne simulant un cancer en ficelle.

La forme localisée a déjà été étudiée et décrite par quelques auteurs.

Sa symptomatologie est extrêmement fruste, ce qui fait que ces myomes sont le plus souvent méconnus : c'est à l'occasion d'une complication qu'on les décèle. Deux grandes complications dominent, en effet, leur évolution.

L'*invagination aiguë* et surtout *chronique* pour les myomes sous-muqueux.

L'occlusion intestinale accompagnée ou non de *torsion* de la tumeur pour les myomes sous-séreux.

La forme diffuse ou myomatose du gros intestin semble n'avoir jamais été décrite encore par aucun auteur, c'est le premier cas vu et signalé que nous publions et que nous décrivons dans ce travail. Sa symptomatologie ici aussi, comme précédemment, est également fruste. Pendant très longtemps latente elle se révèlera par :

La présence de *fécalomes*.

Sa grande complication : le Mégacôlon.

Le traitement de ces myomes est également différent selon la forme :

Dans la forme localisée on pourra dans certains cas faire la simple exérèse de la tumeur et suture immédiate de la brèche intestinale, mais le plus souvent c'est la *résection* qui sera l'opération de choix.

Dans la forme généralisée ou *myomatose du gros intestin* c'est la colectomie totale qu'il faudra pratiquer cette opération devra être faite en deux ou trois temps selon les cas.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

G. Brendolan. — Léiomyomes de la 1re portion du jéjunum (*Il Policlinico*, section chirurgicale, 15 mars 1923, p. 113-128).

Travail de Steiner. — Sur les myomes du tractus gastro-intestinal (*Beitrage z. Klin. Chirurgie*, 1898, t. XXII, p. 1).

Hake (Berlin). — Observations de myomes du tractus gastro-intestinal (*Beitrage zur klinischen Chirurgie*, t. XXII, p. 1912).

Fröstocher-Weilmunster. — Un cas de myome de l'intestin (*Deutsche Medizinale Wochenschrift*, 22 juillet 1909).

A. Plenk. — Myomes de l'intestin (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XL, 28 avril 1927, n° 17).

Rosenow (Berlin). — Sur un cas de myome de l'intestin : difficulté de diagnostic avec l'ulcère duodénal (*Deutsche Medizine Wochenschrift*, t. XXXVIII, septembre 1912).

Feyter (Vienne). — Perforation de myosarcome du jéjunum dans l'intestin et la cavité péritonéale (*Wiener Medizine Wochenschrift*, t. LXXVIII, 4 août 1928).

Brocq et Hertz. — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'intestin grêle, des fibro-myomes en particulier. Un cas de volumineux fibro-myome de l'iléon (*Revue de Chirurgie*, juin 1921).

S. Hegi. — Occlusion par torsion de myome du grêle (*Schweizenische fur medizine*, 1921).

Z. Dziembonski. — Tumeurs du gros intestin (*Rapport au XXIVe Congrès des Chirurgiens polonais de Cracovie*, avril 1928).

H. Hartmann, de Paris. — Adénomes végétants de la partie supérieure de l'intestin grêle simulant une sténose pylorique (*Presse Médicale*, t. XXI, 1913).

E. Delannoy. — Contribution à l'étude clinique de l'invagination chronique intestinale (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, t. XIII, 3 mars 1923).

V. A. Lange (St-Pétersbourg). — Un cas de fibrome de l'intestin grêle (*Roussky Vratsch*, t. IX, 12 novembre 1910).

G. Botsliber. — Myomes de l'intestin avec perforation (*Wiener Klinische Wochenshrift*, mai 1927).

Bensaude et Hillemand. — Maladie de Hirschsprung (*Annales de Médecine*).

Latronche (Poitiers). — Myomes du grêle (*Société des Chirurgiens de Paris*, 6 juin 1924).

W. T. de C. Wherler (Dublin). — Polypes multiples du côlon (*The Bristish Journal of Surgery*, vol. XIV, 1926).

H. E. Hullsiek (St-Paul). — Polyposes multiples du côlon (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. XLVII, septembre 1928).

Esau. — Fibromes de l'intestin (*Arch. fur Klinische Chirurgie*, t. CXLIX, 7 janvier 1928).

T. Harold (Saint). — Polypes de l'intestin avec une étude spéciale des adénomes (*The British Journal of Surgery*, vol. XII, juillet 1927).

J. F. Eromann et J. H. Moins (New-York). — Polypes du côlon (avril 1925).

King (New Orléans). — Tumeurs bénignes de l'intestin en particulier les fibromes (*Surgery Gynecologg and Obstetrics*, t. XXV, juillet 1917).

N. J. A. F. Boerma (Weltevreden). — Léiomyomes du grêle (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, mai 1929).

A. Gutienez. — Léiomyoses du grêle (*Revista di Cirurgia*, 1927).

J. A. Wolfer (Chicago). — Léiomyomes de l'intestin (*Surgery Gynecology and obstetrics*, vol. XLVII, novembre 1928).

N. E. A. Bonneau. — Léiomyomes malins de l'intestin (*Société des Chirurgiens de Paris*, janvier 1928).

Grignant. — Sopra un caso di leiomonici dell's intstino (*Bul. de ov. med. chirurg.*, de Pavia, 1925).

Lecleman. — Uber leiomyome und fibrome des dieckdorins (*Thèse de Breslau*, 1897).

Mac Cutelecon. — Specimen of leimyome of the intestin Proced et Path. (*Soc. Philadelphie*, 1920-21).

Nell. — Dei leimyome des Magen anorkowals wrhandkung a phys. med. Gesellsch zu Wurs, 1900-01).

Steiner. — Uber leiomyome des Magen Dankanals (*Beitrage zur klin. Chirurgie*, 1898).

G. Botstiber. — Myomes de l'intestin avec perforation (*Wiener Klinische Wochenschrift*, mai 1927).

Boetticher. — *Virchow's Arch.*, 104.

Cohen. — *Virchow's Arch.*, 158.

Ewing. — Myome in the infestin (*Neoplastie diseases*, Chicago, 1919).

Faure et Desplas. — Fibrome pur de cæcum (*Presse médicale*, n° 72, 1913).

Haggard. — Tumeurs du grêle (*Ann. Med. Assoc. Journ.*, Chicago, t. LIX, 27 juillet 1912).

Hartmann et Lecène. — *Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, 17 janvier 1911.

Heurtaux. — *Archives provinciales de Chirurgie*, t. VIII, 1899.

Kasemeyer. — Invaginations intestinales par tumeurs (*Deustche Zeitsch. fur Chirurgie*, t. CXVIII, 3 août 1912).

Legueu. — Fibrome du grêle par invagination (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 14 février 1912).

Lode. — *Wiener klinische Wochensch.*, 1894.

Mercer. — *N. Y. Med. record*, t. XXXVI.

Nazzari. — *Gas. med. ital.*, 1902.

Rosenow. — Myomes de l'intestin grêle (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, septembre 1912).

Trappe. — *Frankfurter zeitsch fur Pathol.*, t. I., p. 159.

Schwartz. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 19 mars 1902

Mémoires de Duchaussoy.

Giorgi. — Lipome du jéjuno-iléon.

Axel Odelberg.

1930. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC